

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

NÍVEL MESTRADO

ROSICLEI FÁTIMA LUFT

**OS PROCESSOS COMUNICACIONAIS NA RELAÇÃO MÉDICO,
PACIENTE/FAMÍLIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ-
HUOP/ UNIOESTE**

SÃO LEOPOLDO-RS

2022

ROSICLEI FÁTIMA LUFT

**OS PROCESSOS COMUNICACIONAIS NA RELAÇÃO MÉDICO,
PACIENTE/FAMÍLIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ-
HUOP/ UNIOESTE**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito, pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientadora: Prof. (a). Dra. Raquel Von Hohendorff

São Leopoldo-RS

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas da UNIOESTE)

L949p Luft, Rosiclei Fátima
Os processos comunicacionais na relação médico, paciente/família no Hospital Universitário do Oeste do Paraná- HUOP/ UNIOESTE. / Rosiclei Fátima Luft. – São Leopoldo-RS, 2022.
145 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito, 2022.

Orientador: Prof^ª. Dra. Raquel Von Hohendorff.

1. Direito - Medicina. 2. Médico e paciente. 3. Comunicação interpessoal. 4. Comunicação na saúde pública. I. Hohendorff, Raquel Von. II. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-Graduação *Stricto* em Direito.

Doris 4. ed. – 341.46312
CDD 20. ed. - 362.11098162
302.224

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO – PPGD
NÍVEL MESTRADO

A dissertação intitulada: “**OS PROCESSOS COMUNICACIONAIS NA RELAÇÃO MÉDICO, PACIENTE/FAMÍLIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ HUOP/ UNIOESTE**”, elaborada pela mestranda **Rosiclei Fátima Luft**, foi julgada adequada e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora para a obtenção do título de MESTRE EM DIREITO.

São Leopoldo, 19 de julho de 2022.


Prof. Dr. **Anderson Vichinkeski Teixeira**,
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Direito.

Apresentada à Banca integrada pelos seguintes professores:

Presidente: Dra. Raquel von Hohendorff Participação por Webconferência

Membro: Dra. Gabrielle Jacobi Kölling Participação por Webconferência

Membro: Dr. Alan Cezar Faria Araújo Participação por Webconferência

Membro: Dr. Wilson Engelmann Participação por Webconferência

Um projeto de vida e a continuidade no aprendizado como é o Mestrado em Direito, só se concretizam com muita cumplicidade e amor daqueles que dividem o dia a dia com você!

Dedico este trabalho ao meu esposo, companheiro inigualável, que por muitas e muitas vezes me respondeu: não existe a opção desistir!

Aos meus filhos Karla Cecília e Luís Henrique, maior motivação nesta caminhada!

AGRADECIMENTOS

Tudo está no tempo de **Deus**: *há um tempo certo para cada propósito debaixo do céu*, agradeço pelos desígnios de DEUS na minha vida!

Ao **meu esposo José Carlos**, pelo apoio, broncas, abraços que foram extremamente necessários.

Aos **meus filhos Karla Cecília e Luís Henrique**, razões do meu viver, que entenderem de forma madura a minha ausência.

Aos **meus pais Paulo Valdir e Sebila e a família** como um todo, pelas orações e incentivo!

Aos **amigos da Procuradoria Jurídica**, pelo suporte durante o meu afastamento para o Mestrado.

Aos **amigos**, não vou nominar para não cometer injustiças, que se propuseram a ler ou ouvir sobre o meu trabalho e deram contribuições significativas.

À **Professora Raquel**, orientadora que entendeu na primeira conversa a ideia da pesquisa e entrou no barco comigo e foi uma comandante excepcional e, sobretudo um ser humano que entendeu as minhas dificuldades e as intempéries que passei durante o curso, principalmente no período final da escrita da dissertação.

Aos **professores do Programa** que mesmo com o impacto da pandemia, trouxeram para as aulas *online* toda a vontade de nos fazer pensar diferente e, posso dizer ao meu respeito, cumpriram a sua meta.

Aos **colegas da Turma Minter Unisinos/Unioeste**, que embora a convivência física não foi possível por conta da pandemia, a troca de experiências nas excelentes discussões *online*, ficarão para a vida.

À **Unioeste**, que abraçou o projeto do Minter em direito, que em parceria com a UNISINOS se concretizou no ano de 2019, com a aprovação das Turmas do Minter e Dinter em Direito Público - Unisinos/Unioeste.

À **Unisinos**, pelo excelente aprendizado propiciado, pela estrutura colocada à disposição e pelo acolhimento em janeiro/2020, único encontro presencial possível em São Leopoldo em decorrência da pandemia.

“Esta minha vida foi muitas coisas, mas nunca foi fácil. Aprendi que não há alegria sem dificuldades. Saberíamos o que é o bem-estar da paz sem as angústias da guerra? Se não fossem as doenças, será que perceberíamos que nossa humanidade está ameaçada? Se não houvesse a morte, apreciaríamos a vida?”

Elisabeth Kübler-Ross

“Eu cometi muitos enganos na minha vida, porém, toda vez que precisei tomar uma decisão, levei em consideração todo o meu conhecimento sobre o assunto naquele momento (...) Qualquer caminho que eu escolhesse teria curvas, abismos. Por isso, não me arrependo das escolhas que fiz. Foram as melhores que eu pude fazer.”

Dra. Ana Claudia Quintana Arantes

RESUMO

Neste trabalho, aborda-se o processo comunicacional na relação médico, paciente/família no Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP e objetiva-se, de forma geral, identificar as impropriedades no processo de comunicação entre o médico e o paciente e ou seus familiares, que resultaram em demandas judiciais, e já têm trânsito em julgado, no período de 2003 a 2021, independente da decisão. Para alcançar essa meta foram traçados como objetivos específicos: conhecer e entender as rotinas internas do HUOP e como se apresenta o processo de informação dos procedimentos adotados pela equipe médico-hospitalar relativa ao pacientes e ou familiares; fundamentar esse processo de comunicação bem como aplicar as três improbabilidades definidas sobre os fundamentos da teoria de Niklas Luhmann nos processos julgados a fim de detectar o problema de comunicação; propor protocolos com vistas à redução das improbabilidades e a otimização do processo de comunicação entre o médico, paciente/familiar. Nesse sentido, o estudo é desenvolvido à luz das teorias gerais da comunicação e do pensamento de Niklas Luhmann, ao tratar das improbabilidades da comunicação. Trata-se de um estudo de caso, cujos objetos de análise são os processos judiciais que têm como demanda a busca de indenização pela Unioeste/HUOP, por suposto erro médico. A hipótese estabelecida parte do pressuposto que a motivação primordial de tais demandas judiciais se encontram fundamentadas em falhas ou incompletudes do processo comunicacional entre médico, paciente/familiar. O trabalho, abalizado nos estudos das respectivas decisões dos processos judiciais, conclui pela confirmação da hipótese, e opina-se pela implantação plena da política de humanização no Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP, a qual tem como foco central a comunicação.

Palavras-chave: Comunicação. Improbabilidades. Médico-paciente. Informação.

ABSTRACT

In this paper, it is addressed the communicational process within the doctor/patient/family relationship at the Western Paraná University Hospital – HUOP and the main objective is, in general, to identify the improprieties in the communication process between the doctor and the patient and/or family members, which resulted in judicial demands and already have a final decision, in the period from 2003 to 2021, regardless of the decision. In pursuance of achieving this goal, the following specific objectives were outlined: recognize and understand the internal routines of the HUOP and how the information process and procedures of the medical-hospital team related to patients and/or family members are displayed; substantiate this communication process as well as apply the three improbabilities defined on the theory foundations by Niklas Luhmann regarding the cases heard by a court in order to detect the communication problem; propose protocols with a view to reducing improbabilities and optimizing the communication process between the doctor, patients and/or family members. In this sense, the study is developed in the light of general theories of communication and the thinking of Niklas Luhmann, when dealing with improbabilities of communication. This is therefore a case study, whose objects of analysis are the lawsuits that have as subject matter claims for indemnity against Unioeste/HUOP, for alleged medical error. The hypothesis established raises from the assumption that the primary motivation of such judicial demands is due to failures or incompleteness when it comes to the communicational process between doctor and patient. The study, based on the analyses of the aforementioned lawsuits decisions, concludes by confirming the hypothesis, and considers the full implementation of the humanization policy at the Western Paraná University Hospital – HUOP, which has communication as its central focus.

Keywords: Communication. Improbabilities. Doctor-patient. Information.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Servidores do HUOP	29
Quadro 2	Atendimentos no HUOP - 2019.....	30
Quadro 3	Ações sofridas pelo HUOP, por suposto erro médico: 2003-2021	58
Quadro 4	Ações judiciais: tempo decorrido entre o protocolo e o trânsito em julgado	60
Quadro 5	Evolução da receita no HUOP	122
Quadro 6	Evolução da área física, atendimentos e contratação de servidores .	123

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Termo de autorização atualmente utilizado no HUOP.	106
Figura 2	Minuta de Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE	107
Figura 3	Minuta de Termo de consentimento livre e esclarecido para laqueadura tubária.	112
Figura 4	Termo de consentimento livre e esclarecido para parto cesárea, adotado pelo HUOP	115

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Ações por erro médico	59
Gráfico 2	Duração dos processos.....	61
Gráfico 3	Receita HUOP.....	122
Gráfico 4	Comparativo da evolução da área física, atendimentos X números de profissionais	124

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	A COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO, PACIENTE/FAMÍLIA, DESDE A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ATÉ A NECESSÁRIA E CONSTANTE ATUALIZAÇÃO: APRESENTAÇÃO DO CASO DO HUOP	22
2.1	A Formação Profissional do Médico: os Vieses da Comunicação	24
2.2	O Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP	27
2.3	A Comunicação Médico-Paciente/Família: Aspectos Legais, Éticos e Práticos no Cotidiano de um Hospital-escola	34
2.4	O Caso do HUOP e suas Rotinas: o Real Papel do Processo de Comunicação Sobre Procedimentos Médicos em Relação ao Paciente	38
3	OS PROCESSOS COMUNICACIONAIS NA RELAÇÃO MÉDICO, PACIENTE/FAMÍLIA NO HUOP, À LUZ DA TEORIA SISTÊMICA	49
3.1	As Diretrizes Curriculares Nacionais e a Comunicação como Integrante da Formação do Curso de Medicina da Unioeste.....	52
3.2	A Comunicação e as suas Improbabilidades na Relação Médico, Paciente/Família	62
3.2.1	Estudo de Casos: a Comunicação nas Relações Médico, Paciente/Família, em Demandas Ajuizadas Contra o HUOP.....	72
4	UM PROTOCOLO PARA, SUPOSTAMENTE, REDUZIR AS IMPROBABILIDADES E OTIMIZAR O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO, PACIENTE/FAMÍLIA	97
4.1	A Adoção de um Fluxograma como Forma de Redução das Improbabilidades da Comunicação e das Causas Judiciais	98
4.1.1	O Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE	99
4.1.2	A Declaração para Realização de Cirurgia de Laqueadura Tubária	109
4.1.3	Escolha do Tipo de Parto por Parte da Gestante	114

4.1.4	Atendimento Humanizado.....	118
4.2	Desafios para Aplicação e Uso do Protocolo na Realidade Atual do HUOP	120
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
	REFERÊNCIAS.....	136
	ANEXO	143

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como motivação um conjunto de ações impetradas contra o Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP, delimitadas por objeto que poderia ser previamente afastado pela qualificação dos processos comunicacionais desenvolvidos entre o médico e os pacientes e ou seus familiares.

O Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP é órgão suplementar que integra a estrutura funcional e administrativa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste, autarquia do estado do Paraná. A Unioeste é uma universidade regional *multicampi*, formada por 7 unidades, distribuídas em 5 *campi*, 1 Reitoria e 1 Hospital Universitário. Os *campi* estão localizados nos municípios de Cascavel, Foz do Iguaçu, Francisco Beltrão, Marechal Cândido Rondon e Toledo e são oriundos de faculdades municipais isoladas, congregadas numa fundação estadual. Atendendo às exigências da criação do curso de Medicina, o Hospital Regional do Oeste do Paraná, criado na década de 1980, foi transferido para a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior em dezembro de 2000, e, ato contínuo, vinculado ao projeto institucional da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste, nos termos da Lei 13.029/2000, de 27 de dezembro de 2000, como órgão suplementar e, na condição de Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP, foi incorporado à estrutura funcional e administrativa da Unioeste como hospital-escola, tornando-se referência em atendimento público gratuito e de qualidade.

O HUOP dispõe hoje de uma das melhores infraestruturas hospitalares do Oeste e Sudoeste do Paraná, sendo o único integralmente vinculado ao Sistema Único de Saúde. O HUOP é um hospital de referência em alta complexidade e atende 119 municípios da região Oeste e Sudoeste do Paraná, cuja população é de, aproximadamente, dois milhões de habitantes. Além de atender a essa região, à qual se encontra integrado por seu projeto, recebe pacientes de outras regiões do Paraná

e de outros estados próximos, como o Mato Grosso do Sul e, também, de países vizinhos como Argentina e Paraguai¹.

Atualmente, o HUOP ocupa uma área própria com extensão total de 37.960m² e 26.743,39m² de área construída, englobando 238 leitos, ambulatórios de especialidades, centro cirúrgico, centro obstétrico, UTI adulto, UTI pediátrica, UTI neonatal, UCI, pronto socorro, diagnóstico por imagem (Hemodinâmica, tomografia computadorizada, mamografia, ecografia, endoscopia e eletrocardiograma), serviço de radiologia e banco de leite humano.

O Hospital Universitário é responsável também pelo desenvolvimento do Programa de Residência Médica da Unioeste com 55 médicos residentes divididos nas áreas de Cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, Cardiologia, Clínica médica, Cirurgia geral, Neurocirurgia, Obstetrícia e ginecologia, Pediatria Ortopedia e traumatologia.

A motivação primitiva deste trabalho é o que tem sido observado², na rotina da Procuradoria Jurídica da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste, setor que, entre outras competências, responde institucionalmente pela representação judicial/defesa do Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP, órgão que tem sido acionado por diversas ações judiciais que, a rigor, poderiam ter sido evitadas, pois foram motivadas, em verdade, não pelo descumprimento de alguma norma legal ou imperícia médica, mas por equívocos e incompletudes do processo de comunicação. Os pacientes e ou seus familiares sentindo-se atingidos por uma prática da equipe médica que consideraram insatisfatória, em geral acusando o médico como responsável direto por suas perdas e por sua dor quando, na verdade, receberam o atendimento integral em procedimentos estabelecidos de acordo com as práticas médicas estabelecidas para cada caso.

Porém, o paciente ou seu familiar não obtendo os resultados e as respostas que gostaria, e que os esclarecesse de modo que o satisfizesse plenamente sobre os procedimentos realizados pelo médico, permanece insatisfeito e, naturalmente, sofrendo com as dores consequentes da situação que o acometeu, considera-se

¹ UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE. **Boletim de dados**. 2020. Disponível em: <https://www.unioeste.br/portal/arq/files/PROPLAN/boletimdedados/boletimDados2020-atual.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2022.

² As inquietações que geraram e justificam este trabalho de pesquisa têm origem sobretudo na minha atuação na Procuradoria Jurídica da Unioeste desde 2016.

atingido por um resultado compreendido como uma tragédia causada pelo médico. Limitados pela incompreensão do que ocorreu e da ação da equipe médico-hospitalar, pacientes e/ou familiares têm acionado judicialmente o HUOP, em busca da culpabilização do médico e do hospital, requerendo compensações sob forma de indenizações pecuniárias a título de danos morais, materiais e estético, e em alguns casos, pensões vitalícias para o paciente ou seus familiares. Essa incompreensão tem resultado em conflitos que têm sido levados à solução do sistema judiciário, gerando dispêndios financeiros tanto com o devido processo legal quanto com pagamentos indenizatórios que poderiam ter sido evitados.

A questão central tomada como objeto desta dissertação sustenta-se na hipótese de que alguns dos atendimentos do HUOP que resultaram em demandas judiciais decorrem de falhas no processo de comunicação entre o médico e o paciente e/ou seus familiares.

Os questionamentos que dão origem a este trabalho tomam corpo na observação do cotidiano da Procuradoria Jurídica da Unioeste, nas pesquisas empíricas realizadas nos processos jurídicos existentes no HUOP da Unioeste e sustentados pelas leituras sobre o processo comunicacional, principalmente o proposto por Niklas Luhmann. Nesse contexto, também são apresentados os seguintes desdobramentos: os problemas detectados remanescem da dinâmica dos procedimentos internos do HUOP, relacionados aos processos comunicacionais entre o médico e o paciente/família?

Caso o processo de comunicação médico, paciente/família fosse esclarecedor e, de modo amplo, informando as intercorrências possíveis durante o atendimento e com isso, houvesse compreensão e aceitação do resultado do tratamento, possivelmente diminuiriam as motivações para ações judiciais. Assim, se a condição estabelecida nesse processo de comunicação tivesse, como medida de esclarecimento, os registros das informações, possivelmente reduziria o número de acionamentos judiciais.

Considerando que a ocorrência de improbabilidades da comunicação é motivada por um fluxograma de comunicação entre equipe médico-hospitalar e pacientes e seus familiares executado de maneira incompleta ou insatisfatória, a hipótese delineada para este estudo é estabelecida à luz dos princípios gerais da comunicação e, em particular, às especificidades dos pressupostos e fundamentos

desenvolvidos por Niklas Luhmann, em suas obras, principalmente na obra *Improbabilidade de comunicação*.

A redução da entropia que tem se interposto nesse processo pode ser alcançada pela mudança no perfil dos comportamentos atuais e a conseqüente ampliação da compreensão dos pacientes e seus familiares das ocorrências que atingiram o paciente, pela construção e aplicação de um novo fluxograma direcional da comunicação que estabeleça e fundamente as etapas e os procedimentos de comunicação dos agentes situados nos diversos segmentos da equipe médico-hospitalar e que se envolvem no atendimento direto ou indireto com o paciente e seus familiares, gerando, portanto, maior harmonia nas relações médico, paciente/família e, conseqüentemente, reduzindo as ações judiciais sofridas pelo HUOP com este objeto delimitado.

Nesta pesquisa, como marco temporal inicial para a coleta de dados junto aos processos e demandas judiciais, é estabelecido o ano de 2003, ou seja, data da transformação definitiva do Hospital Regional em Hospital Universitário do Oeste do Paraná.

Tanto para a coleta dos dados empíricos nos processos judiciais como para as análises, foi estabelecido os conflitos do HUOP como instituição, representados pela equipe médico-hospitalar e entre os pacientes e ou seus familiares. Nesse contexto foram analisadas as demandas judiciais que já constavam com a decisão de 1º grau, nas quais foram identificados falha da comunicação, ausência de informação, não compreensão da informação, assim como falha nos registros ou registros devidamente completos, ou seja, o problema da pesquisa foi realmente evidenciado nos processos analisados e exemplificados no Capítulo 3.

Na sequência, busca-se nos *princípios das três improbabilidades* propostas por Niklas Luhmann os vínculos associados ao processo de comunicação entre o médico e o paciente e ou seus familiares.

Cabe lembrar que Luhmann³ traz a importância de que as perguntas normativas devem ter como origem a realidade, ou seja, não são ações vislumbradas como ideais que devem direcionar o questionamento, mas a realidade que o fato nos oferece.

³ LUHMANN, Niklas. **La sociedad de la sociedad**. México: Herder, 2007.

Assim, tem-se o método sistêmico-construtivista que considera a realidade como uma criação de um observador, o qual analisa todas as particularidades contidas na observação.

Na complexidade do HUOP, pode-se considerá-lo como um sistema cujo entorno vai mudando, inovando, mas o próprio hospital precisa cada vez mais enfrentar as complexidades e inserir no seu meio as condições para as readequações necessárias, conforme as questões de comunicação objeto do estudo.

É uma forma autopoietica de reflexão jurídica sobre as formas de comunicação diferenciadas em um ambiente complexo, como é o ambiente de um hospital universitário.

Na perspectiva metodológica construtivista, pela qual se aprende com o ambiente, utilizada para interligação dos fatos desta dissertação de mestrado, Luhmann⁴ ensina que:

[...] Observada a partir da posição construtivista, a função da metodologia não é apenas garantir uma descrição correta (não errônea) da realidade. Em vez disso, são formas refinadas de produção e processamento de informações dentro do sistema. Isso significa: os métodos permitem que a pesquisa científica se surpreenda. Para isso, torna-se essencial interromper o contínuo imediato da realidade e do conhecimento de onde a sociedade vem. (Tradução nossa)⁵

A intenção não é buscar algo imaginário, mas incluir o objeto da pesquisa nas relações estudadas, principalmente no sistema onde o HUOP está inserido, ou seja, em um ambiente acadêmico, assistencial e sobretudo de acolhimento ao paciente e seus familiares.

Nesse contexto, foi estabelecido como objetivo principal desta pesquisa: Identificar as possíveis falhas no processo de comunicação entre a equipe médico-hospitalar e o paciente e ou familiares, nos atendimentos do Hospital

⁴ LUHMANN, Niklas. **La sociedad de la sociedad**. México: Herder, 2007. p. 22.

⁵ [...] observada desde la posición constructivista, la función de la metodología no consiste únicamente en asegurar una descripción correcta (no errónea) de la realidad. Más bien se trata de formas refinadas de producción y tratamiento de la información internas al sistema. Esto quiere decir: los métodos permiten a la investigación científica sorprenderse a sí misma. Para eso se vuelve imprescindible interrumpir el continuo inmediato de realidad y conocimiento del cual proviene la sociedad.

Universitário do Oeste do Paraná - HUOP que resultaram em demandas judiciais. Quanto aos objetivos específicos, assim se desdobram: a) entender as rotinas internas do HUOP e como se apresenta o processo de informação e procedimentos da equipe médico-hospitalar relativa ao pacientes e ou seus familiares; b) Compreender os processos de comunicação na relação médico, pacientes/familiares, segundo a teoria de Niklas Luhmann; c) Verificar a aplicação das três improbabilidades de Niklas Luhmann nos processos julgados a fim de detectar o problema de comunicação; d) Propor protocolos com vistas à redução das improbabilidades e a otimização do processo de comunicação entre o médico e o paciente e ou seus familiares.

Esta Dissertação está inserida na Linha de Pesquisa 2: *Sociedade, Novos Direitos e Transnacionalização* do Programa de Pós-Graduação em Direito Público da Universidade do Vale do Rio Sinos – UNISINOS, no qual o desenvolvimento dos estudos, além de aprimorar o conhecimento, levou a refletir sobre o real papel que os cidadãos devem cumprir no meio em que estão inseridos. Reconhecendo que, diante das responsabilidades inerentes a esse lugar social, a busca por uma melhor compreensão ou mesmo uma solução para essa situação que tem feito parte do dia a dia da instituição em conflitos e causas jurídicas desnecessárias, comprova plenamente a pesquisa sobre a natureza e a dimensão dos fatores que as geram, possibilitando assim o apontamento de alternativas compatíveis e que possam ser adotadas tanto para antecipar quanto para reduzir essas demandas e melhorar a satisfação dos pacientes atendidos no HUOP da Unioeste.

A hipótese estabelecida se reafirma pela confirmação do fato gerador desta pesquisa, quando se constata um aumento constante de ações judiciais por suposto “erro médico”. A defesa do HUOP nessas ações tem gerado gastos de recurso público tanto para os encaminhamentos necessários para a defesa perante o judiciário, quanto para o pagamento das respectivas ações de indenização e pensão vitalícia, nos casos em que há condenação da HUOP, onerando significativamente as finanças do setor de saúde do estado.

Como resultado esperado, pretende-se que este trabalho contribua exatamente na redução desses números, minimizando seus impactos sobre o orçamento geral dos setores de saúde do estado do Paraná e, de modo específico sobre o orçamento do Hospital Universitário, pois essas ações além de onerar esse setor, geram uma

demanda de trabalho para comprovar que o atendimento da equipe médico-hospitalar ocorreu de acordo com as técnicas médicas e hospitalares, não cabendo nele algum tipo de correção ou indenização. Contudo, o fato de haver demandas judiciais contra o HUOP e seus médicos gera desconfiança da comunidade regional sobre o trabalho desenvolvido, sendo essa mais uma questão a ser observada com o processo de comunicação e a informação.

O que se tem verificado, ao final de alguns processos, é que têm sido alicerçados sobretudo na insatisfação gerada certamente pela dor de uma perda ou pela ocorrência de um resultado que não traz de volta a condição primitiva do paciente pela forma das causas que o vitimaram. Essa insatisfação, porém, tem se comprovado ser oriunda de equívocos de compreensão dos pacientes e ou de seus familiares, em algum ponto no processo de comunicação com o médico, posto que, dado o problema que acometeu o paciente, não haveria outro resultado possível, pois não havia qualquer outro procedimento passível de ser adotado, além daquele já aplicado.

Com o intuito de minimizar os impactos de comunicação com vistas à proposição de medidas e procedimentos sistêmicos orientados para a melhoria de comunicação entre o médico, paciente/família, vislumbra-se também a redução do dispêndio dos recursos envolvidos nos processos judicializados e sobretudo, minimizar o sofrimento dos pacientes e seus familiares ocasionado pelo processo comunicacional. Deste modo, o desenvolvimento desta dissertação está pautado em três seções:

CAPÍTULO 2: A comunicação na relação médico, paciente/família, desde a formação do profissional até a necessária e constante atualização: apresentação do caso do HUOP.

Neste capítulo, aborda-se o papel da universidade na formação ampla do médico, a importância da formação para a prática da medicina e, como as formas de comunicação entre médico-paciente/família é ensinada ao graduando e/ou ao médico residente.

CAPÍTULO 3: Os processos comunicacionais na relação médico, paciente/família no HUOP, à luz da teoria sistêmica.

Neste capítulo são tratados os processos comunicacionais como fundamento das relações médico paciente e elencadas as decisões judiciais nas quais a

comunicação foi o eixo central para a sentença. Verifica-se como a informação chegou ao paciente, qual a dimensão de sua frustração e o fundamento de sua insatisfação.

CAPÍTULO 4: Um protocolo para reduzir as improbabilidades e otimizar o processo de comunicação na relação médico, paciente/família.

A construção de um protocolo que oriente a comunicação com o paciente/familiar, sem, contudo, ingerir na atuação do médico pode ser um caminho para que o futuro profissional, formado no HUOP, adquira essa habilidade e compreender a importância e a necessidade de uma boa comunicação na sua atuação como profissional médico.

Não há como falar em comunicação na área da saúde sem fazer referência a humanização pois, a partir do momento em que a política de humanização é implantada na forma proposta a arte de se comunicar com o paciente e os seus familiares deve seguir a rotina e os protocolos implantados, gerando reflexos em todos os seguimentos do HUOP, mas, principalmente nas questões relacionados as informações, os registros delas e a satisfação do paciente.

2 A COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO, PACIENTE/FAMÍLIA, DESDE A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ATÉ A NECESSÁRIA E CONSTANTE ATUALIZAÇÃO: APRESENTAÇÃO DO CASO DO HUOP

*Conheça todas as teorias,
domine todas as técnicas,
mas ao tocar uma alma humana,
seja apenas outra alma humana.*

Carl Jung

Neste capítulo, procura-se demonstrar a importância da formação do médico desde a graduação, já pretendendo reconhecer e desenvolver a melhor forma de comunicação entre o médico e o paciente/família. O saber comunicar sua ação torna o médico um profissional que não apenas trata a enfermidade, mas atende o paciente em toda sua dimensão humana. Essa atenção, muitas vezes, será o termo que determinará se o doente aceitará o resultado do tratamento e dos procedimentos adotados ou buscará imputar ao médico e à equipe hospitalar a culpa pelo resultado que considerará insatisfatório ou lesivo.

Apresentando a pesquisa realizada por Sérgio Rego⁶, discute-se a realidade da formação relativa à ética médica, numa situação específica de paciente que precisa de atendimento médico. Por meio do caso apresentado, esse autor reflete sobre o limite do procedimento médico, as condições da comunicação e o cuidado efetivo para com o ser humano. O paciente tratado, em vários momentos, foi colocado em situação de desconforto. Os procedimentos para tratá-lo foram estabelecidos; porém, o paciente considera que faltou comunicação e a relação se tornou comprometida pelo não cumprimento de agenda, horário e o “repasso” intempestivo do paciente para outro médico.

Incorpora-se aqui um breve resgate dos objetivos da medicina, pontuando uma reflexão sobre a necessidade de reconhecer a inversão existente que prioriza o

⁶ REGO, Sérgio Tavares de Almeida. **A formação ética dos médicos**: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. *Online*. ISBN 978-85-7541-324-1. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413241>. Acesso em: 22 jan. 2021.

procedimento/doença e secundariza a comunicação com o paciente, apoiando-se na síntese de estudos a respeito desses objetivos, realizada por Madel Luz⁷

A seguir, retomam-se alguns aspectos fundamentais sobre a doença e o doente no estudo de Juliana Guerra e Mariana Nepomuceno⁸, que escrevem acerca do ensino da comunicação e empatia na graduação em medicina.

Nos estudos de Milton Roberto Laprega⁹, buscam-se os elementos da comunicação na equipe médica nos hospitais de ensino e evidencia-se que os registros das informações sobre paciente e sua doença são adotados desde as práticas da medicina na Babilônia.

Destaca-se uma apresentação do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP e o histórico de sua implantação e atendimentos, pois além da relevância regional nos atendimentos de pacientes por meio do Sistema Único de Saúde – SUS, distingue-se pela importância que tem na formação de profissionais em cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde, como hospital-escola da Unioeste.

No mesmo sentido, expõe-se a importância da intercomunicação da equipe médico-hospitalar e a comunicação entre o médico e o paciente/família como ferramenta essencial das relações estabelecidas, de modo que na formação do profissional médico seja explicitada conforme evidenciam as Diretrizes Curriculares Nacionais de formação do curso de graduação em medicina.

Em seguida são tratados os registros da universidade sobre o número de servidores, de atendimentos de pronto socorro e ambulatoriais, bem como as especialidades médicas que resultam em cirurgias por equipe do HUOP. Ao tratar da estrutura administrativa, inclui-se a missão, a visão e os valores que norteiam a atuação das equipes médicas e de gestão.

⁷ LUZ, Madel. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade moderna [recurso eletrônico]; editor: Rodrigo Murtinho. – Rio de Janeiro: Fiocruz. Edições Livres, 2019.

⁸ GUERRA, Juliana, NEPOMUCENO, Mariana. O ensino da comunicação empática na graduação em medicina em uma faculdade pernambucana. **REVASF**, Petrolina-Pernambuco - Brasil, vol. 10, n.21, p. 120-147, maio/junho/julho/agosto, 2020. (Dossiê Ensino da Comunicação em Saúde e Edição Regular).

⁹ LAPREGA, Milton Roberto. **Hospitais de ensino no Brasil**: história e situação atual. 293 f. 2015. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3693160/mod_resource/content/1/Os%20hospitais%20de%20ensino%20no%20Brasil%20hist%C3%B3ria%20e%20situa%C3%A7%C3%A3o%20atual.pdf. Acesso em: 14 abril 2022.

Ainda refletindo sobre as relações entre o médico e o paciente, procura-se compreender os parâmetros do Programa Humaniza SUS, criado em 2003 pelo governo federal, com o objetivo de valorizar os usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde.

2.1 A Formação Profissional do Médico: os Vieses da Comunicação

O médico e pesquisador Sérgio Rego¹⁰ transcreve um caso para demonstrar como o atendimento ao paciente muda, considerando o lugar em que ocorre. Contudo, esse mesmo caso pode ser adotado para demonstrar o quanto a comunicação com o paciente pode mudar, a forma do atendimento, pois:

Trata-se de um paciente de 78 anos necessitando de troca de gerador do marcapasso cardíaco. Combina a cirurgia com o médico conveniado (Dr. XX) com seu plano de saúde, mas metade dos custos da cirurgia será paga diretamente ao médico, por acordo, assim como o da internação, já que o médico não aceita as alternativas, na mesma clínica, que o plano de saúde oferecia. A troca terá de ser feita no Centro Cirúrgico, e não na Hemodinâmica, como da primeira vez com outro médico, e a estadia será na UTI, e não em quarto particular, coberto pelo Plano, como da primeira vez.

Dia da cirurgia. O médico solicitara ao paciente que comparecesse às 7h30min. da manhã para a internação. A cirurgia começaria às 8h30min. O paciente compareceu no horário, o médico não. Internado às 9h30min., o paciente foi levado para a sala de cirurgia às 10h. Lá, foi informado pela enfermeira que o seu médico não estava na clínica e que a cirurgia seria feita por um membro da equipe dele. Este entrou na sala de cirurgia e começou a se preparar. Entraram dois técnicos especializados em marcapasso, que passaram todo o tempo conversando ao telefone celular. Entrou a médica assistente. O médico preparava-se para injetar o anestésico e, pela primeira vez, dirigiu-se ao paciente: – O sr. é o senhor fulano, não?

Não o cumprimentou, não justificou seu atraso, não justificou a ausência do 'titular', com quem fora combinada a cirurgia. Avisou que ia dar uma agulhada e prosseguiu. Solicitou ao paciente que reclamasse se doesse. De tempos em tempos, o médico substituto do titular dirigia alguma pergunta ao paciente, possivelmente com o objetivo de verificar seu estado de consciência. Finda a cirurgia, não se despediu, não lhe deu informação – apenas se retirou da sala. Os

¹⁰ REGO, Sérgio Tavares de Almeida. **A formação ética dos médicos**: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. *Online*. ISBN 978-85-7541-324-1. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413241>. Acesso em: 22 jan. 2021.

demais presentes já haviam se retirado. No leito da UTI, o paciente foi 'visitado' diversas vezes pelos médicos de plantão, e pelo seu médico, uma vez. Nenhum deles chegou a 'olhar para baixo', como ele declarou. Entravam no quarto, verificavam o monitor cardíaco e se retiravam avisando que estava tudo bem. O paciente reclamava: 'Eles nem entrariam no meu quarto se houvesse um terminal com o meu monitor na sala deles!'.

Trazer esse caso para o presente estudo, decorre de que se a mesma situação, tivesse como lugar de atendimento um hospital-escola, onde certamente estaria acompanhando o procedimento um acadêmico do internato médico e/ou um médico residente, essa forma de comunicação ou não comunicação com o paciente seria vista por esse acadêmico como prática correta.

Se desse procedimento tivesse resultado alguma intercorrência considerada insatisfatória ou negativa para o paciente, certamente resultaria em uma ação judicial, não necessariamente por erro no procedimento, mas pela forma que se deu a relação médico-paciente/familiar e pela forma como o paciente foi informado de todos os procedimentos e do ocorrido com o médico inicialmente contratado para executar a substituição do "gerador de marcapasso cardíaco" (Ausência do médico, atraso da equipe e da cirurgia, ...).

Um atendimento com o olhar voltado para a pessoa doente e não só para a sua enfermidade é o que se compreende como necessário e é nesse sentido que Madel Luz¹¹ vê os objetivos da medicina e sua evolução no campo social:

É mais pelo 'campo de objetivações' discursivas que a medicina pode ser situada no campo social. Em outras palavras, é pelos seus 'objetos de discurso' que tematizam: os corpos humanos, decompostos em elementos constituintes; o funcionamento e a desagregação desses elementos; as relações dos seres humanos com estes corpos; as mentes humanas; os sentimentos humanos; a sexualidade humana; o sofrimento humano; a morte humana. E também o comportamento e as atitudes humanas em relação aos aspectos citados. Todos esses aspectos do viver e do sofrer humanos têm sido historicamente campo de objetivações da medicina. Foi por meio deste campo de objetivações que a medicina moderna ordenou seus objetos de discurso no espaço teórico da razão científica.

Essa forma objetiva de ver o paciente é ensinada para o acadêmico já no internato médico e depois ratificada nos estudos do médico residente. Essa postura

¹¹ LUZ, Madel. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade moderna [recurso eletrônico]; editor: Rodrigo Murtinho. – Rio de Janeiro: Fiocruz. Edições Livres, 2019. p. 46.

evidenciada no ciclo de formação do médico situa a doença em primeiro lugar, pouco olhando para o paciente ou ouvindo sua voz queixosa.

Fator significativo, que deve ser considerado e avaliado nesse contexto é como se dá a rotina do hospital que envolve a equipe médico-hospitalar e que, muitas vezes, não permite que o médico sequer conheça o seu paciente. Contudo, dependendo da forma de o profissional se comunicar e de sua prática, mesmo tendo o tempo necessário para uma atenção maior, vai tratar o paciente pela doença, sem se interessar pela forma como ele a sente. Juliana Guerra e Mariana Nepomuceno¹² assim enfatizam:

[...] a medicina contemporânea estabeleceu-se na divisão entre a doença e o doente, caracterizando o doente pela doença mais do que identificando uma doença segundo o feixe de sintomas espontaneamente apresentado pelo doente. Segundo o autor, o paciente não pode ser mais tomado apenas como o local onde a doença se enraíza, mas um sujeito capaz de expressão, com um conhecimento acumulado de si mesmo.

A relação médico-paciente/familiar não pode ser deixada de lado, resumida ao tratamento da doença pelo conhecimento técnico do profissional, sem levar em consideração a pessoa doente, sua vida e a forma como se sente. Para que isso ocorra de modo diferenciado e humanizado é preciso um atendimento focado na comunicação entre todos os envolvidos ou abrangidos pelas ações da equipe médico-hospitalar. A necessidade da comunicação, assim como de registro das informações sobre a doença e o doente pode ser constatada desde o surgimento da medicina, fato identificado já na história da medicina recuperada por Milton Roberto Laprega¹³, em seus estudos de doutorado, ao registrar que Ernesto de Souza Campos, em sua obra *História e Evolução dos Hospitais* (1965),

¹² GUERRA, Juliana, NEPOMUCENO, Mariana. O ensino da comunicação empática na graduação em medicina em uma faculdade pernambucana. **REVASF**, Petrolina-Pernambuco - Brasil, vol. 10, n.21, p. 120-147, maio/junho/julho/agosto, 2020. (Dossiê Ensino da Comunicação em Saúde e Edição Regular). p. 131.

¹³ LAPREGA, Milton Roberto. **Hospitais de ensino no Brasil**: história e situação atual. 293 f. 2015. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3693160/mod_resource/content/1/Os%20hospitais%20de%20ensino%20no%20Brasil%20hist%C3%B3ria%20e%20situa%C3%A7%C3%A3o%20atual.pdf. Acesso em: 14 abr. 2022.

afirma que na Babilônia, a prática da medicina começou no mercado. Citando Heródoto, relata como se dava esse processo: Os doentes eram conduzidos ao mercado, porque não existiam médicos. Os que passavam pelo doente interpelavam-no com o intuito de verificar se eles próprios tinham sofrido o mesmo mal ou sabiam de outros que tivessem tido. Podiam assim propor o tratamento que lhes fora eficaz ou eficaz na cura de pessoas de suas relações. E não era permitido passar pelo doente em silêncio. Todos deviam indagar a causa da sua moléstia.

A importância da comunicação está subscrita nessas linhas, pois o fato de interpelar o doente, entrevistá-lo, era uma forma de obter informações sobre os sintomas e os tratamentos que já haviam sido realizados e compará-los a outros casos semelhantes. Esse procedimento de recuperar o histórico-médico e obter indicações do que acomete o paciente, diretamente com ele, é fundamental e constitui o fundamento da comunicação entre o médico e o paciente/familiar estabelecida desde a anamnese inicial até a comunicação do estado final ao paciente ou a seus familiares.

É preciso que os acadêmicos, desde sua formação de graduação, aprendam a evitar esses conflitos.

Para compreender a dimensão do que é discutido na presente dissertação e a relevância do tema, é preciso conhecer a estrutura e o meio no qual essas atividades se desenvolvem. Assim, na seção seguinte, abordar-se-á: o hospital universitário (HUOP) e sua estrutura, suas rotinas, a dimensão de sua ação enquanto hospital público que atende uma região habitada por mais de 2 milhões de pessoas, e seus processos de comunicação entre o médico e o paciente e sua família.

2.2 O Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP

A organização do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP é um fator importante para a recepção e desenvolvimento dos alunos internos graduandos e médicos residentes, pois é essa estrutura organizada que vai possibilitar ao acadêmico entender a dinâmica e o fluxo das rotinas desenvolvidas no interior do hospital e, assim, integrar a organização compreendendo os limites e as exigências desse espaço e desempenhar suas atribuições de modo qualificado.

O HUOP conta hoje com grande número de profissionais da saúde, das mais variadas especialidades e que atendem, anualmente, milhares de pacientes. Nesse universo, que envolve o tratamento de questões delicadas e complexas como a saúde humana e a formação profissional em nível superior, a comunicação interpessoal é ponto essencial, não só para se fazer compreender no cotidiano, mas também para a recuperação do paciente e, sobretudo, para que os profissionais docentes possam ensinar aos graduandos e médicos residentes sobre a melhor forma de se comunicarem com o paciente e seus familiares, assim como quais são as informações relevantes sobre o paciente e seu atendimento que devem ser transmitidas e de que modo devem constar nos prontuários, para que atendam às necessidades do registro médico e o acesso à informação sobre os tratamentos e os procedimentos adotados pela equipe com determinado paciente. Assim, olhar para o HUOP como organização pertencente ao sistema social é entender que todo o processo de atendimento e de comunicação que, segundo Fernanda Dala Libera Damacena e Raquel Von Hohendorff¹⁴, é o núcleo do sistema:

A organização é um tipo de sistema social que é constituído com base em regras de reconhecimento que a tornam identificável e permitem a especificação de suas próprias estruturas. As comunicações, que representam o principal elemento da organização, assumem a forma de decisão. Logo, a comunicação é uma das estruturas responsáveis pela operação da organização. Numa sociedade diferenciada funcionalmente, tal qual a descrita pela teoria sistêmica de Niklas Luhmann, a organização e seu elemento nuclear (comunicação) assumem uma importância sem precedentes.

Com a finalidade de formar um mapa sobre a situação funcional e organizacional e compreender a importância desse hospital-escola para a região na qual está integrado, são apresentados nos quadros 1 e 2 os números de servidores e de atendimentos realizados no HUOP, tendo como referência o Boletim de dados da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste de 2020¹⁵, ano base 2019.

¹⁴ DAMACENA, Fernanda Dala Libera; HOHENDORFF, Raquel Von. Organização e (im)probabilidade da comunicação: a inovação metodologia como ponte para a redução da complexidade no ensino do Direito. Revista Duc In Altum Cadernos de Direito, Recife, v. 8, n. 15, p. 57-88, maio/ago. 2016. Disponível em: <<http://www.faculdadedamas.edu.br/revistafd/index.php/cihjur/article/view/368/352>>. Acesso em: 19 maio de 2022.

¹⁵ UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE. **Boletim de dados**. 2020. Disponível em: <https://www.unioeste.br/portal/arq/files/PROPLAN/boletimdedados/boletimDados2020-atual.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2022.

O Quadro 1 registra o número de servidores, incluindo efetivos, temporários e sob outras formas de contrato. Destaca-se que o número de efetivos é bastante inferior ao número das demais formas de contrato, o que também pode dificultar a implantação de políticas e rotinas administrativas.

Quadro 1 Servidores do HUOP

Servidor	Quantidade	Percentual (%)
Agente universitário efetivo	567	30,2
Agente universitário temporário - CRES	128	6,8
Cargo comissionado sem vínculo	18	1,0
Secretaria de Saúde do Paraná (SESA); Instituto de Saúde do Estado do Paraná (ISEP)	119	6,3
Serviços médicos terceirizados	388	20,7
Docentes plantonistas	117	6,2
Servidores terceirizados	388	20,7
Estagiários	153	8,1
Total	1827	100

Fonte: Unioeste (2020).

Embora esses números possam parecer expressivos (Quadro 1), há um evidente déficit de capital humano para atender toda a demanda do HUOP. Isso exige a utilização de muitos dos servidores, em horas extras e trabalho em turnos dobrados. Essa escassez somada ao cansaço provocado pelo excesso de atividades e tempo de serviço certamente reflete no atendimento e sobretudo na comunicação entre os profissionais e seus pacientes.

No Quadro 2 estão apresentados os números de atendimento ambulatorial e de pronto-socorro e de internações por especialidades, além de partos e curetagens, em 2019. Confirmando que o HUOP é um hospital de extrema importância para o atendimento à saúde humana na região, sendo o único credenciado pelo SUS em alta complexidade.

Quadro 2 Atendimentos no HUOP - 2019

Consultas	
Pronto-socorro	18.632
Ambulatório da Unioeste	36.364
Total	54.996
Internações	
Especialidade	Cirurgias
Cardiologia	23
Cirurgia geral	1.422
Cirurgia ginecológica	124
Cirurgia ortopédica	2.470
Cirurgia pediátrica	272
Cirurgia plástica	122
Cirurgia torácica	65
Cirurgia vascular	236
Gastroenterologia	0
Neurocirurgia	343
Odontológica	118
Oftalmologia	26
Otorrinolaringologia	20
Outras especialidades	40
Urologia	83
Total	5.364
Parto / Curetagem	
Parto normal realizado	2.202
Parto cesariano	1.303
Curetagens	314
Total de Parto/Curetagem	3.819

Fonte: Unioeste (2020).

Diante desses números de atendimento ,nas diversas áreas e tipos de procedimentos, é possível inferir a existência de uma dinâmica exaustiva no dia a dia do HUOP, pois, além de ser um órgão assistencial, é um hospital-escola credenciado também para a formação de profissionais da área de saúde, portanto uma instituição pública com dupla função: atendimento em saúde pública e formação de recursos humanos em ensino superior, além da produção de conhecimento por meio de pesquisa científica, de modo a atender às necessidades da sociedade na qual o HUOP está inserido, ao mesmo tempo em que contribui para a transformação e desenvolvimento dessa sociedade.

Para funcionar da forma mais organizada possível, o HUOP tem uma estrutura funcional e de cargos que contempla: Direção Geral; Direção Clínica; Direção de Enfermagem; Direção Pedagógica; Direção Administrativa e Direção Financeira.

As direções são atendidas por divisões e seções técnicas e administrativas que correspondem a: 40 divisões e 114 seções.

Pensar o HUOP como uma organização estruturada segundo sua função social, em que cada setor desempenha uma função própria e é demandado por uma ligação funcional com outros, para que o paciente seja atendido da melhor forma possível, certamente é a forma mais plausível para identificar e dimensionar as formas de comunicação implementadas nas suas rotinas.

A estrutura funcional das organizações possui elementos que alguns autores classificam como: sistemas de responsabilidades, sistemas de autoridade, sistemas de comunicação e sistemas de decisão. Considerando o objeto deste trabalho, a atenção maior será ao sistema de comunicação, componente relevante e decisivo no funcionamento das organizações. Segundo, Stephen P. Robbins¹⁶, “a boa comunicação é essencial para a eficácia de qualquer grupo ou organização”.

Outro ponto importante para entender o HUOP como organização é a análise do ambiente que o constitui. A importância desse ambiente está circunscrita nas palavras de Darío Rodríguez Mansilla¹⁷:

Por isso, é interessante estudar as relações fronteiriças da organização. Diferentes grupos internos da organização se relacionam com diferentes partes do ambiente e, conseqüentemente, suas características diferem, de modo que muitas vezes ocorrem conflitos internos. É necessário, nessa perspectiva, também estudar as características do meio ambiente (ou seus diversos setores). Se o ambiente estiver estável, a quantidade e a complexidade das informações necessárias são menores. (Tradução nossa)¹⁸.

¹⁶ ROBBINS, Stephen P. **Comportamento organizacional**. Tradução Christina Ávila de Menezes. 8. ed. São Paulo: LTC, 1999. p. 197.

¹⁷MANSILLA, Darío Rodríguez **Gestión organizacional**. Elementos para su estudio. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, 2001. p. 49.

¹⁸ Interesa, en consecuencia, estudiar las relaciones fronterizas de la organización. Diferentes grupos internos de la organización se relacionan con partes distintas del ambiente y, en consecuencia, sus características difieren, por lo que muchas veces se producen conflictos internos. Resulta necesario, en esta perspectiva, estudiar además las características del ambiente (o de sus diversos sectores). Si el ambiente es estable, la cantidad y complejidad de la información requerida es menor.

Entender o ambiente como um organismo dinâmico e estruturado, permite a cada personagem que desenvolve funções na rotina funcional do HUOP, entenda seu papel e a quem se reportar, conforme suas atribuições, exercidas no cotidiano do hospital. Da compreensão da organização e de suas rotinas diárias em cada setor, depende o seu pleno funcionamento como instituição pública.

No que se refere à cultura organizacional instituída, que tem como base o pensamento de seus fundadores, no caso do HUOP, as funções de sua rotina são prejudicadas, pois, como já apresentado, o HUOP nasceu da transformação de um Hospital Regional em Hospital Universitário, portanto, embora o fim central já fosse a assistência à saúde, para a configuração atual foi incluso o ensino da medicina como integrante decisivo na sua redefinição funcional e no desenvolvimento das ações que lhe são atribuídas. Assim, a mudança da forma da organização do hospital regional para a de hospital-escola requer uma transformação estrutural relevante, somada à inserção de novos profissionais nas diversas áreas da organização. Esses fatores certamente são os grandes complicadores da ação diária da instituição e, também, uma das causas das dificuldades da plena interrelação entre os setores do HUOP e o ensino.

O reconhecimento e o fortalecimento da cultura instituída nas diversas formas assumidas pelas corporações empresariais públicas ou privadas são fundamentais para que se alcancem as metas de cada uma, é o que se confirma nas palavras de Darío Rodríguez Mansilla¹⁹:

A cultura organizacional é um tema que atualmente interessa a todos aqueles que querem estar atualizados sobre os avanços feitos no campo do estudo e intervenção nas organizações. Especialistas e clientes buscam, esperançosamente, essa nova perspectiva que se abre para análise, na esperança de encontrar nela soluções para problemas que foram enfrentados sem sucesso até agora. O tema da cultura oferece uma perspectiva de observar mais profundamente a organização, entendê-la de forma holística, entender a importância dos símbolos, de compreender a relação entre a organização e seu ambiente, perceber que a relação do homem com seu ambiente social e material é definida pelos próprios seres humanos, e que nesta definição as possibilidades são abertas e fechadas.

[...]

A cultura organizacional, portanto, é uma expressão da posição da organização no mundo. A cultura organizacional é a explicação da

¹⁹ MANSILLA, Darío Rodríguez. **Gestión organizacional**. Elementos para su estudio. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, 2001. p. 265 e 267.

organização sobre seu ser no mundo. Mudará, portanto, sempre que o futuro da organização em seu ambiente varia; toda vez que as interpretações que a organização tem como válidas para essa mudança futura, e também toda vez que há uma mudança nos mecanismos auto-reflexivos da organização. (Tradução nossa)²⁰.

Assim como toda a organização, o HUOP tem a sua missão, visão e valores devidamente definidos, segundo sua natureza, no seu Plano Diretor²¹:

Missão - Ser um hospital universitário que possa oferecer a excelência de qualidade no âmbito da assistência à saúde, na geração do conhecimento e na responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição nos atendimentos prestados de média e alta complexidade em todas as áreas de atuação, proporcionando à sociedade paranaense um serviço diferenciado e indissociável do ensino, pesquisa, extensão e assistência hospitalar, por uma atuação profissional e multidisciplinar promovendo a preservação da vida.

Visão - Ser reconhecido como um hospital universitário inovador na assistência médico-hospitalar pela excelência de suas ações, com uma gestão do conhecimento diferenciada, humanizada e competente, reconhecido por seu compromisso e responsabilidade social no trato das questões relacionadas à saúde em um atendimento público de qualidade que supere as expectativas de seus usuários, tornando-se referência por sua gestão, ensino, pesquisa, extensão e assistência em saúde, em nível nacional e internacional referenciado pelo Sistema Único de Saúde.

Valores - São seus valores organizacionais: honestidade, integridade, impessoalidade, competência, legalidade, transparência, humanidade, profissionalismo, ética e justiça de forma a envolver todos os que prestam o serviço de assistência à saúde para a população atendida em sua área de abrangência, com pesquisa e produção de novos conhecimentos, em uma relação pessoal e profissional de sucesso.

²⁰ La cultura organizacional es un tema que actualmente interesa a todos quienes quieren estar al día en los adelantos realizados en el ámbito del estudio e intervención en organizaciones. Expertos y clientes miran esperanzados hacia esta nueva perspectiva que se abre al análisis, esperando encontrar en ella soluciones a problemas que han sido enfrentados infructuosamente hasta el momento. El tema de la cultura ofrece una perspectiva para observar más profundamente la organización, para entenderla en forma holística, para comprender la importancia de los símbolos, para -por fin- entender la relación entre la organización y su entorno, para darse cuenta de que la relación del hombre con su ambiente social y material se encuentra definida por los mismos seres humanos, y que en esta definición se abren y se cierran posibilidades.

[...]

La cultura organizacional, por consiguiente, constituye una expresión del estar de la organización en el mundo. La cultura organizacional es la explicación que la organización se da de su estar en el mundo. Cambiará, por lo tanto, toda vez que varíe el devenir de la organización en su entorno; cada vez que cambien las interpretaciones que la organización tenga como válidas para este devenir, y también cada vez que se produzca un cambio en los mecanismos autorreflexivos de la organización.

²¹ UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE/HUOP. Plano Diretor do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Disponível em: <https://www.unioeste.br/portal/institucional-huop/plano-diretor-hu-2016-2020>. Acesso em: 20 fev. 2022.

Sendo assim, o desafio de seus gestores é manter o funcionamento do HUOP alicerçado em normas e rotinas que fortaleçam sua missão própria como hospital universitário, fundado em valores que reverenciam o ser humano e atendam sua visão de excelência no ensino, na pesquisa e na atividade extensionista como hospital credenciado para atendimento pelo Sistema Único de Saúde.

Nesse desafio, agrega-se o cuidado para que, tendo um conjunto normativo de suas ações internas devidamente implantado e aplicado, os preceitos e as práticas estabelecidas não tornem a rotina excessivamente burocrática, tornando as pessoas que ali trabalham e os pacientes atendidos e seus familiares peças de um procedimento pragmático ignorando a condição humana e de sujeito de direito do paciente. Isto é, não pode a estrutura organizacional contribuir ou determinar que os profissionais olhem para a doença como se ela não afetasse uma pessoa e, por conseguinte, sem se importar com o doente e sem que essa importância seja parte da formação do graduando em medicina e do médico residente. Fundando-se nessa compreensão, a seguir, serão abordados alguns aspectos da comunicação que devem estar presentes no cotidiano do hospital, com ênfase para as questões que envolvem a humanização da relação entre médico e seu paciente.

2.3 A Comunicação Médico-Paciente/Família: Aspectos Legais, Éticos e Práticos no Cotidiano de um Hospital-escola

A adequada relação médico, paciente/família é condição de máxima importância, tanto para o tratamento quanto para a aceitação de eventuais consequências não desejadas. A intercomunicação é uma ferramenta essencial dessa relação, conforme se verifica nos diversos momentos e casos pré-avaliados nesta pesquisa. Assim, evidencia-se que a formação do médico deve incluir constante aprimoramento da habilidade de comunicação. Sobre essa condição, Juliana Guerra e Mariana Nepomuceno²² observam que:

²² GUERRA, Juliana, NEPOMUCENO, Mariana. O ensino da comunicação empática na graduação em medicina em uma faculdade pernambucana. **REVASF**, Petrolina-Pernambuco - Brasil, vol. 10, n.21, p.

Seguindo as recomendações das diretrizes curriculares nacionais em 2001, e depois em 2014, escolas médicas do Brasil colocaram a comunicação como essencial na formação médica.

[...]

É recomendado que o processo educacional em comunicação comece com objetivos de aprendizagem básicos, como a introdução à conversa na prática médica, observando desde o momento em que a pessoa entra no espaço da unidade de saúde até à complexidade de se comunicar em cenários de situações específicas difíceis e de conflito, como o de má notícia, por exemplo.

Nessa discussão, sobre os fundamentos da relação médico, paciente/família, considerando as habilidades de comunicação, entre outras formalidades necessárias, surge a questão da humanização da saúde, em que a capacidade de empatia do profissional da saúde é o foco de discussão. Assim, não há dúvida que, de algum modo, o estudo da comunicação deve fazer parte do cotidiano de aprendizagem do graduando e do médico residente em Medicina, uma vez que não se pode impor essa aprendizagem apenas na observação do profissional médico durante o internato e/ou residência.

Com a reestruturação dos hospitais-escola, os quais passaram a fazer parte da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde, custeados com recursos destinados à saúde pública e sendo necessário o cumprimento de uma série de quesitos para o seu credenciamento e posterior recebimento dos recursos respectivos, percebe-se que o caráter assistencial tem estado acima da natureza acadêmico-científica desses hospitais.

A realidade dos hospitais públicos tem sido estampada pelos diversos órgãos de imprensa corriqueiramente, vista a partir de seus pontos negativos como os corredores de hospitais lotados, as filas em unidades de pronto atendimento, a falta de profissionais das diversas áreas, entre outros problemas. A formação geral de um médico e o aprendizado de práticas médicas especializadas, postas em meio a esse ambiente conturbado, necessitam ainda mais de uma perfeita comunicação com o paciente, ainda que não tenha recebido, previamente, uma preparação específica e objetiva para desenvolver essa comunicação.

Nesse cenário, o Programa Humaniza SUS²³, criado em 2003 como ação da Política Nacional de Humanização do SUS, esse programa contém uma nova visão sobre o profissional da saúde, mas principalmente sobre o médico, cujo olhar deve ser direcionado para o paciente e não somente para a doença que vai ser tratada. Porém, como tornar essa prática eficaz, se os hospitais universitários, credenciados pelo SUS, são caracterizados como hospitais de “porta aberta”, ou seja, devem atender a toda emergência/urgência que chegue ao hospital.

Como um estudante da graduação ou mesmo da residência médica conseguirá uma boa comunicação com um paciente para conhecer sua história, sua percepção do que está sentindo e aplicar os demais protocolos que envolvem a anamnese médica, especialmente no primeiro atendimento do paciente, se isso demanda um tempo que não existe na rotina do atendimento nesse ambiente, posto que sempre há outros doentes e doenças/dores aguardando para serem atendidos. Nesse contexto, como humanizar o atendimento médico, se a humanização tem como foco central a boa comunicação que está inviabilizada tanto pelas decorrências do cotidiano de um hospital-escola quanto pela ausência de formação específica. Juliana Guerra e Mariana Nepomuceno²⁴ trazem a questão da humanização da saúde de forma reflexiva, observando que:

[...] os atributos da prática do médico na produção da saúde, a fim de reconhecer a necessidade de uma maior sensibilidade e atenção diante do sofrimento do paciente. Esta reflexão propõe o nascimento de uma nova imagem profissional, que seria responsável pela efetiva promoção da saúde, ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social, e não somente de um ponto de vista biológico.

Na prática da medicina a comunicação está diretamente atrelada à relação médico, paciente/família, portanto, sem uma comunicação direta e sem conhecer o paciente fica prejudicada a possibilidade de um atendimento realmente humanizado.

²³ BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**. Documento de base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimp. - Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2010. 77 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 20 abr. 2022

²⁴ GUERRA, Juliana, NEPOMUCENO, Mariana. O ensino da comunicação empática na graduação em medicina em uma faculdade pernambucana. **REVASF**, Petrolina-Pernambuco - Brasil, vol. 10, n.21, p. 120-147, maio/junho/julho/agosto, 2020. (Dossiê Ensino da Comunicação em Saúde e Edição Regular). p. 121; 129. p. 132.

Juliana Guerra e Mariana Nepomuceno²⁵, definem essa relação a partir do pensamento do filósofo alemão Jürgen Habermas:

A compreensão habermasiana da sociedade tanto como sistema quanto como mundo vivido pode contribuir significativamente para o exame da relação médico e paciente, especialmente no que diz respeito ao que se considera conhecimento do 'expert' (médico) e do leigo (paciente). Para o autor, o 'mundo da vida' [Lebenswelt] do paciente deve ser incorporado nas práticas médicas. A natureza do conhecimento leigo acerca da saúde, o fermento crítico e frequentemente negligenciado do 'mundo da vida', a diferenciação entre o 'expert' e o 'não expert' no campo da saúde pública, a distinção entre a perspectiva do sistema de saúde e a do mundo vivido na interação entre médico e paciente são aspectos que podem afetar essa relação, que deveria ser pautada pela boa fé e satisfação recíproca.

Assim, não é difícil compreender os problemas oriundos desses atendimentos insatisfatórios: pacientes insatisfeitos com a forma que foram atendidos, com o espaço e o tempo atribuídos ao seu atendimento, com a dor, com a falta de informações e com os resultados vistos em si. É dessas insatisfações que as ações judiciais por "erro médico" são feitas, sendo a comunicação um dos caminhos para o esclarecimento e a solução prévia de muitos "casos", o que poderia reduzir sobremaneira a judicialização da Medicina.

Mariane Ceron²⁶ também vê a comunicação como forma de diminuir as insatisfações:

Raras são as pessoas que não tenham qualquer história de insatisfação em relação aos profissionais de saúde. Na maioria das vezes, as queixas sobre o atendimento dizem respeito a falhas de comunicação com o profissional: a inabilidade em acolher e escutar o suficiente para tirar conclusões; a utilização de jargão excessivamente técnico e pouco compreensível ao ouvinte; ou mesmo certa frieza demonstrada pelo profissional diante da situação global de vida do paciente.
[...]

²⁵ GUERRA, Juliana, NEPOMUCENO, Mariana. O ensino da comunicação empática na graduação em medicina em uma faculdade pernambucana. **REVASF**, Petrolina-Pernambuco - Brasil, vol. 10, n.21, p. 120-147, maio/junho/julho/agosto, 2020. (Dossiê Ensino da Comunicação em Saúde e Edição Regular). p. 121; 129, p. 140.

²⁶ CERON, Mariane. **Habilidades de comunicação**: abordagem centrada na pessoa. São Paulo: UNA-SUS, UNIFESP, 2010. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf. Acesso: 23 abr. 2022.

Empregamos de 85% a 90% de nosso tempo de trabalho nos comunicando, e sabemos que a qualidade dessa comunicação aumenta a adesão ao tratamento, melhora o prognóstico, aumenta a satisfação e diminui denúncias e processos contra profissionais de saúde.

A importância da comunicação na relação médico, paciente/família é indiscutível, contudo, resta entender como demonstrar essa importância para o acadêmico de medicina, para o médico residente e mesmo para os profissionais médicos formados já há muito tempo e que têm larga experiência no exercício da profissão.

Naturalmente, não se pode generalizar e afirmar que todo conflito na relação médico, paciente/família seja oriundo de algum problema de comunicação. Sendo assim, o foco desta pesquisa foi delimitado entre os atendimentos que resultaram em algum tipo de problema comunicacional no cotidiano hospitalar e, por conseguinte, em judicialização, mas que poderiam ter sido evitados.

2.4 O Caso do HUOP e suas Rotinas: o Real Papel do Processo de Comunicação Sobre Procedimentos Médicos em Relação ao Paciente

Embora este trabalho objetive conhecer as rotinas de comunicação na relação médico, paciente/família é necessário, também, analisar e compreender previamente os parâmetros e a aplicação do Programa HumanizaSUS, criado em 2003 pelo governo federal com o objetivo de valorizar os usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde e que tem como princípios a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos envolvidos. Sendo o HUOP um hospital-escola, cujo atendimento é 100% de pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde, está, portanto, diretamente inserido no referido programa. Nesse caso, a humanização buscada, deve alcançar todos os setores do hospital e tem no processo comunicativo o termo norteador para atingir seus objetivos.

Como modo de situar os princípios do Programa e o alcance possível de suas ações, acrescenta-se a este texto o poema de cordel “A história do hospital que

resolveu fazer humanização”, escrito pelo jornalista, bacharel em direito e cordelista natalense Walter Medeiros, narrando a história e a situação de um hospital totalmente inserido na Política Nacional de Humanização pelo Programa HumanizaSUS.

Percebe-se na narrativa do cordelista potiguar o ganho obtido no Programa para os que procuram um hospital que valoriza a natureza humana situando a pessoa do paciente antes de sua doença.

Como obra literária, é relevante destacar que o cordel é um gênero de literatura popular que trata sempre de casos que, geralmente, ultrapassam o senso comum e ou ações que surpreendem por seu ineditismo ou pelo heroísmo de seus protagonistas, o que se verifica no caso relatado a seguir, de autoria do citado cordelista nordestino:

A história do hospital que resolveu fazer humanização

Walter Medeiros²⁷

Nesta hora iluminada,
De muita reflexão,
Quero chamar atenção
Dessa gente interessada,
Para uma realidade
Sem dó e sem piedade
Ainda pouco divulgada.

Antes, porém, vou dizer
De onde veio a ideia:
Não é uma panaceia,
Todos vão compreender,
Pois na área de saúde
Há algum tempo eu pude
Muita coisa triste ver.

Nosso povo ainda pena
Em filas de hospitais;
E sempre sai em jornais
Alguma indigna cena;
Mas esse antigo sistema,
Que só traz muito problema,
Pode ficar bom demais.

Muita coisa tem mudado
Em favor do cidadão,
Desde a Constituição
Ninguém mais fica calado;
Por isso exige mudança,
E eu tenho esperança
Que mudará este lado.

Aliás, já começou,
E agora vou lhe contar
Coisas de admirar
Que a gente comprovou:
Vou mostrar o hospital
Que humanizou geral
E a situação mudou.
Bastou ter um diretor
Interessado em mudar,
Para a coisa melhorar
E realmente melhorou;
Um melhor atendimento
Apareceu de repente,
Com ajuda do servidor.

E quem ganhou foi o povo
Que procura o hospital
Quando sofre qualquer mal
Que o posto diz - não
resolvo;
Recebido com atenção,
Todos gostaram, então,
Daquele estilo novo.

Logo na recepção
É notada a diferença,
Seja qual for a doença
Merece toda atenção;
Logo a partir do porteiro,
Que traz a maca, ligeiro,
E atende ao cidadão.

Em seguida ali tem gente
Para saber o que é que tem,
E com atenção também
Já resolve de repente;

²⁷ MEDEIROS, Walter. A história do hospital que resolveu fazer humanização. In: **Poemas de cordel**. Coletânea de versos de Walter Medeiros e outros cordelistas nordestinos. Disponível em: <http://www.rnsites.com.br/cordeis-hospital.htm>. Acesso em: 10 maio 2021.

Toma logo providência,
Com toda eficiência
E a pessoa vai em frente.

Não perde tempo com nada,
O que vale é atender;
Tratamento pra valer,
Não pode levar maçada;
Tem que dar a solução,
Pra nossa população
Não ficar desamparada.

Parece uma ficção
Aquele belo hospital
Que respeita o cidadão
E trata bem do seu mal;
Desse jeito, com certeza,
Essa agradável surpresa
Vai terminar no jornal.

O pessoal tá falando
Na tal de humanização
Que usa até canção
E o povo vai se curando;
É uma grande lição
De amor e emoção,
Que o hospital tá dando.

Todos ali tratam bem,
Do Porteiro ao Diretor,
Maqueiro, Carregador,
O Enfermeiro também,
Médico e Nutricionista,
Junto ao Laboratorista,
Acabou-se o desdém.

Tem ainda a Secretária,
a Assistente Social,
Psicólogo, que legal,
uma alegria diária,
pois agora o hospital
é um lugar fraternal,
com toda indumentária.

Até as cores mudaram,
Coloriram corredores,
Eu garanto aos senhores:
Meus olhos não me
enganaram;
Agora até as crianças
Já brincam e fazem danças,
Pois novos ares chegaram.

Quando menos se espera,
Aparecem uns palhaços
Que divertem um pedaço
Como uma linda quimera;
Sorriem, cantam e dançam,

Trazendo a confiança,
Cada um deles se esmera.

Os médicos, atenciosos,
Eu só digo por que vi,
Pois meu nome eu ouvi,
Com essas coisas não
proso,
Até pra mim ele olhou,
Tanta coisa perguntou,
Eu não sou dos mentirosos.

Chegando ao laboratório,
Outra surpresa se tem:
Tudo ali é bom também,
Não tem grande falatório;
Fizeram os meus exames,
Sem precisar de reclamos,
Ou de algum adjutório.

Beleza, como se diz,
Que pude presenciar,
Eu vi um coral cantar
E fiquei muito feliz;
Era de arrepiar,
Um som tão lindo no ar,
Do jeito que eu sempre quis.

É um clima de alegria,
Por onde a gente passa,
Não se fala em desgraça,
Nem de noite nem de dia;
Todos têm o prazer
De cumprir o seu dever,
É algo que contagia.

Não tem hora pra visita,
Visita é toda hora;
Menino, homem, senhora,
É uma coisa bendita;
Os doentes se animam,
E os visitantes primam
Pela ordem que se dita.

Ninguém fica sem resposta,
Por mais que vá perguntar;
Pode até se admirar,
Pois todo mundo ali gosta
De ajudar quem necessita:
Que atitude bonita,
Tenho que aqui registrar.

Outra observação
Que fiz pelo corredor,
Funcionário falador
Nunca tem vez ali não;
Pois do simples servidor
Ao mais formado doutor,
Ética é obrigação.

Cada usuário doente,
Que vai ali se tratar,
Só tem mesmo a ganhar
Naquele belo ambiente;
Todos vão lhe informar
Sobre o que vai se passar,
Do comum ao diferente.

Se vai p'ruma cirurgia,
Chega com tranquilidade,
Sabendo toda a verdade,
E isso já lhe alivia;
Por isso o resultado
É sempre comemorado
Com bastante alegria.

Até reza que precisa
O doente tem direito;
E sua crença do peito
É sempre obedecida;
Também se não quer rezar,
Pode se tranquilizar;
Ninguém lhe dará batido.

Apesar de tudo isso,
Existe mal-entendido
Ou por algum sucedido
Alguém falta ao
compromisso;
Mas nunca fica assim,
Pode recorrer, enfim,
Ao ouvidor de serviço.

E lá na Ouvidoria
Registra reclamação,
Sem qualquer contemplação
Proteção ou primazia;
E chega com a certeza
De que não será moleza,
Nem enfrenta correria.

Sentimos no ar justiça,
Que vem de uma decisão
De fazer uma união,
Que só dá boa notícia;
Enxergar esta bondade
Sem fuxico ou falsidade,
Para mim é uma emoção.

Para entender melhor
O que estava se passando,
Cheguei logo perguntando,
Sem piedade nem dó;
E todos me respondiam,
Pois todos ali sabiam
Como numa boca só.

Era a humanização
Que havia ali chegado;
Todo mundo está ligado

Numa imensa união;
Que vem dando resultado,
Num tirinate danado
De muita reunião.

A partir dos diretores,
Houve o envolvimento
Com um claríssimo intento
De acabar os favores;
Melhorar a qualidade,
Modernizar de verdade,
Apesar de algumas dores.

Muitas iniciativas
Foram ali encontradas;
Outras já foram criadas,
Coisa significativa;
Que mudou para melhor,
Motivou numa voz só,
Tudo de bom incentiva.

Há uma expectativa
Nessa humanização:
Sem qualquer
contemplação,
Uma coisa muito viva;
Criar uma nova cultura,
Que garanta à criatura
O bem pra que sobreviva.

Eu soube lá na esquina,
Conversando com alguém,
Que outros hospitais
também
A quem o amor fascina,
Já estão interessados
Em ter hábitos mudados,
Iguar a este, menina.

Se a gente for olhar
Cada coisa que mudou,
As consultas que marcou,
E o que deixou de esperar,
Com o novo atendimento,
E as visitas de momento,
Dá vontade de chorar.

Agora tem até filme
Pra ver na televisão;
Tem a sinalização,
E crachá no peito, firme,
Tem até recreação,
E gostosa refeição,
Tudo para acudir-me.

Tem muita informação,
E tem muita gentileza,
Atenção, uma beleza,
Tem também compreensão;
E os encaminhamentos:

Sigilo, é outro tento,
Que é humanização.

A gente vê higiene,
Vê também manutenção,
Uma grande integração,
Não é coisa que se encene;
São uns atos de verdade,
Que desprezam a maldade:
O que vale é a sirene.

Faltava falar no SUS,
Este gigante sistema,
Um verdadeiro emblema,
que paga a quem faz jus;
Para atender os doentes,
De forma inteligente
Foi uma ideia de luz.

Tudo isso é de direito,
Mas estava desprezado,
Não era humanizado,
Nem na maca nem no leito;
Vai em frente, hospital,
Teu futuro é colossal
Faz o povo satisfeito.

FIM

No relato acima, o cordelista²⁸ apresenta um ambiente hospitalar totalmente humanizado e por sua condução narrativa possibilita ao leitor fazer um passeio pelos corredores desse hospital, reconhecendo a valorização e o respeito de cada um de seus profissionais pelo usuário do sistema, tornando difícil que de um ambiente assim configurado, algum paciente saia insatisfeito ou sentindo-se prejudicado em seus direitos, de tal modo que se anime a judicializar o atendimento que recebeu e o que gostaria de ter recebido, considerando necessário buscar algum tipo de reparação.

Verifica-se nos princípios²⁹ do Programa HumanizaSUS que a comunicação perpassa todo o atendimento humanizado, o que também confirma a relevância deste

²⁸ MEDEIROS, Walter. A história do hospital que resolveu fazer humanização. In: **Poemas de cordel**. Coletânea de versos de Walter Medeiros e outros cordelistas nordestinos. Disponível em: <http://www.rnsites.com.br/cordeis-hospital.htm>. Acesso em: 10 maio 2021.

²⁹ Princípios da PNH: Por princípio entende-se o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. A PNH, como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde:

Transversalidade

trabalho, ao vislumbrar os reflexos que poderiam ser incorporados ao cotidiano do HUOP, uma vez que a identificação e o conhecimento das rotinas de comunicação entre o médico e o paciente/família pode contribuir para uma transformação significativa nas práticas e rotinas ali adotadas, reduzindo as insatisfações e, conseqüentemente, a busca do poder judiciário para resolver conflitos. Dâmaris de Martins Souza e Pedro Henrique Piazza Noldin³⁰ traduzem bem essa interação:

Cada vez mais, é necessário enxergar o ser humano de maneira integrada e considerar o paciente em seu papel de indivíduo na sociedade, considerando suas dificuldades, crenças, medos e fraquezas, tão fundamentais para a compreensão do processo do adoecimento. Aos poucos, parece que os profissionais de medicina e pacientes estão repensando esses conceitos e têm constatado que nada substituiu o tratamento humanizado. Ou seja, nada é mais importante que o médico que tem nome e rosto e que conhece o nome e o rosto do paciente.

Em razão de sua capacidade operacional, o HUOP se classifica como um hospital de médio porte e alta complexidade com atendimento de urgência e emergência, sendo referência geral para as regiões Oeste e Sudoeste do Paraná, prestando atendimento em diversas especialidades médicas em cirurgia e clínica (Quadro 3). Atualmente possui 238 leitos e conta com as seguintes unidades/serviços: pronto-socorro (urgência e emergência); unidades de tratamentos intensivos (adultos, pediátricos e neonatais); unidades de internação com leitos cirúrgicos e clínicos (adultos e pediátricos e neonatais); centro obstétrico; maternidade; ambulatório de

-
- Aumento do grau de comunicação intra e intergrupos;
 - Transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho.
- Indissociabilidade entre atenção e gestão
- Alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho;
 - Inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos;
 - Integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos
 - Trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais;
 - As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

³⁰ SOUZA, Dâmaris de Martins; NOLDIN, Piazza Pedro Henrique. **Dever informacional: seus aspectos e validade na relação médico-paciente.** Medicina e Direito: artigos e banners premiados no IX Congresso Brasileiro de Direito Médico, Brasília (DF), 4 e 5 de setembro de 2019. p. 74. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/biblioteca/>. Acesso em: 18 abr. 2022.

especialidades médicas; banco de leite humano; centro de atenção e pesquisa à anomalias craniofaciais (CEAPAC); laboratório de análises clínicas, ensino, pesquisa e extensão (LACEPE) e serviço de diagnóstico por imagem. É, também, hospital de referência em atendimentos de alta complexidade para gestação de alto risco, ortopedia e traumatologia, neurologia e neurocirurgia, cirurgia vascular e tratamento de HIV.

A implantação no HUOP da Política Nacional de Humanização, criada pelo Ministério da Saúde em âmbito nacional, envolve um longo e exaustivo trabalho que teve início com a reestruturação dos hospitais de ensino, por meio da Portaria Interministerial MS/MEC/MCT/MPGO nº. 562/2003³¹.

No Brasil, o debate atual sobre saúde deve considerar que, por meio da Constituição Federal de 1988, garantiu-se a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Nesse sentido, por meio da Lei Federal nº 8.080/1990, regulamentou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecido como política pública de Saúde, garantindo-se os princípios da universalidade do atendimento, a descentralização e a regionalização da atenção e da gestão da saúde. Em seguida, com a Lei Federal nº 8.142/1990, definiu-se a descentralização dos recursos e a participação da comunidade mediante conferências e conselhos de saúde. Assim, portanto, a partir da década de 1990 há uma nova configuração da política de saúde pública no Brasil, que passou a exigir de gestores e trabalhadores uma nova concepção de saúde, fundamentada no direito à saúde para todos os cidadãos.

Essas diretrizes estabelecem, portanto, que o direito à saúde é uma obrigação do Estado e a forma de atender à Constituição Federal é transformando os hospitais de ensino que, em sua maioria, eram de caráter filantrópico ou mantidos por fundações de direito privado, em hospitais públicos, ligados diretamente ao SUS e mantidos com recursos públicos. Contudo, desde a criação do SUS (1990), a reestruturação dos hospitais de ensino e a sua integração à Política Nacional de Humanização, é notória a ausência de um investimento significativo no ensino na área de saúde. Por outro lado, a análise das Diretrizes Curriculares e dos PPPs dos cursos

³¹ BRASIL. **Portaria Interministerial nº 562**, de 12 de maio de 2003. Constituir Comissão Interinstitucional. Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e Ministério da Ciência e Tecnologia. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_interministerial_562.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2022.

de Medicina, em relação às respectivas grades curriculares, revela que, embora a humanização se concretize pela comunicação entre os profissionais das diversas áreas da saúde e da gestão de um hospital e seus usuários, não há uma inserção objetiva do acadêmico de graduação da área de saúde e dos médicos residentes nesse processo, nem mesmo uma disciplina própria com ementário formado para o estudo e prática da comunicação em saúde, embora existam diversos teóricos e profissionais que pesquisem o tema, desde Jürgen Habermas e os pressupostos de sua teoria da comunicação, citados por Juliana Guerra e Mariana Nepomuceno³² e por outros pesquisadores que estudam diretamente as relações estabelecidas entre o médico e o paciente e seus familiares, além dos termos das leis que regulam o sistema de saúde e a formação do médico no Brasil.

A informação sobre os procedimentos adotados para cada paciente é obrigatória e é requisito para delimitar a dimensão da responsabilidade do médico. Assim, sendo o HUOP um hospital-escola, não há como se furtar de ensinar e preparar o acadêmico graduando ou médico residente para a melhor forma de se comunicar com o paciente, trazendo as informações de forma clara e objetiva, em linguagem que o paciente, em sua condição cultural e de saúde momentânea, possa compreender e até de escolher, quando possível, o procedimento para o seu caso.

Para Pedro Ribeiro da Silva³³, a forma que o paciente é recepcionado pelo médico e a forma como demonstra a sua atenção ao paciente podem fazer a diferença da satisfação tanto pelo atendimento quanto pelo resultado:

A satisfação está fortemente correlacionada com a adequação do médico em lidar com as preocupações dos doentes, em se sentirem escutados e compreendidos, terem confiança no médico(a), bem como na expressão de sentimentos calorosos e positivos, na cortesia e na simpatia.

[...]

Em países como os E.U.A., onde tem aumentado o número de médicos processados por doentes, quando se estudam as razões para este facto, nem sempre se encontra como causa um erro médico de

³² GUERRA, Juliana, NEPOMUCENO, Mariana. O ensino da comunicação empática na graduação em medicina em uma faculdade pernambucana. **REVASF**, Petrolina-Pernambuco - Brasil, vol. 10, n.21, p. 120-147, maio/junho/julho/agosto, 2020. (Dossiê Ensino da Comunicação em Saúde e Edição Regular). p. 121; 129.

³³ SILVA, Pedro Ribeiro. A comunicação na prática médica: O seu papel como componente terapêutico. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [S.l.], v. 24, n. 4, p. 505-12, jul. 2008. ISSN 2182-5181. Disponível em: <<https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10531>>. Acesso em: 19 jan. 2022. doi: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v24i4.10531>.

diagnóstico ou de terapêutica, mas questões ligadas com a relação médico-doente.

No caso do HUOP, talvez, o maior problema para que se obtenha uma comunicação eficaz, que gere confiança e satisfação plena do paciente, seja o significativo número de pacientes atendidos no mesmo período e no mesmo local. Assim, o médico e a equipe precisam estabelecer com agilidade uma comunicação decisiva para o conhecimento e atendimento de um paciente em meio a uma emergência lotada, num hospital com “porta aberta” e cujos atendimentos são 100% de pacientes do SUS, em urgência e emergência.

Desse modo, certamente, fica inviabilizado o conhecimento prévio e necessário de um histórico médico do paciente, pois não há uma consulta em sala própria para atendimento individual. Nesse ambiente, pode-se somente olhar a doença ou sua decorrência naquele momento e, depois de estabilizado o “problema”, é que será possível o desenvolvimento de uma conversa/comunicação com o paciente, embora ainda nem sempre ocorra de fato, diante da necessidade do próximo paciente que já aguarda atendimento. Nas palavras de Lisa Sanders³⁴, está traduzida a importância do diagnóstico e do diálogo com o paciente:

E o paciente, doente por definição, muitas vezes cansado e sentindo dor, incapaz de articular seu raciocínio por causa do sofrimento, recebe a tarefa essencial de contar a história que ajudará o médico a salvar sua vida. É uma receita para o erro e a incerteza. Trata-se de “um processo inferencial, realizado em condições de incerteza, frequentemente com informações incompletas e às vezes inconsistentes”, diz Jerome Kassirerm antigo editor do *New England Journal of Medicine* e um dos primeiros e mais atentos escritores a tratar desse processo ingovernável.

É um caminho tortuoso em busca de uma resposta, repleto de narradores – tanto humanos quanto tecnológicos – pouco confiáveis, e ainda assim, por mais improvável que pareça, muitas vezes chegamos a essa resposta e salvamos vidas.

Em muitos casos, a comunicação entre o médico e o paciente/família é um dos pontos fundamentais para o adequado diagnóstico de uma enfermidade e para a compreensão do paciente e de seus familiares, sobre a realidade da doença que o afeta e as consequências, boas ou ruins, que podem advir dessa condição. A redução

³⁴ SANDERS, Lisa. 1956. **Todo paciente tem uma história para contar**: mistérios médicos e a arte do diagnóstico. Tradução Diego Alfaro. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. p. 21.

do tempo dedicado pelo médico, durante a consulta, para ouvir a história do paciente pode gerar falhas na comunicação, por deixar de analisar informações importantes para um diagnóstico preciso. Lisa Sanders³⁵ destaca a importância de o médico ouvir essa história:

Certos estudos sugerem que, quando os médicos colhem uma boa história, tendem a pedir menos exames e a encaminhar menos o paciente a outros médicos – sem gastar nenhum tempo adicional. De fato, algumas pesquisas indicam que a obtenção de uma boa história pode até reduzir o tempo da consulta. Além disso, a satisfação do paciente é maior, a adesão à terapia é maior, a resolução dos sintomas é mais rápida, os processos judiciais são menos frequentes. A falta de treinamento também pode contribuir para o problema. Os médicos passam dois anos em sala de aula aprendendo a identificar e categorizar os processos patológicos, relacionando sintomas a entidades patológicas conhecidas. Mas até recentemente nos Estados Unidos, pouquíssimos programas ofereciam treinamento sobre como obter essas informações essenciais.

Não há dúvidas de que o campo de aprendizagem em um hospital universitário é amplo, mas não se pode esquecer que o aluno está diante de casos complexos, reais e que exigem sua máxima atenção, pois está num hospital direcionado para o atendimento de alta complexidade. Também por isso, a importância da realização de estágios nas UBS, espaços que podem permitir a comunicação direta com a pessoa e, depois dessa prática/aprendizado o acadêmico, em tese, estará melhor preparado para a prática nos “corredores” de um Hospital universitário.

A formação do um profissional médico exige, ao mesmo tempo, prepará-lo para ouvir o paciente, conhecer sua história, a amplitude e a natureza de sua queixa, além do reconhecimento imediato da doença, pois, como visto, o desconhecimento desses fatores também pode levar a um diagnóstico equivocado.

Cabe enfatizar que o diagnóstico faz parte da relação com o paciente, principalmente no momento do exame físico, quando a comunicação com o paciente é crucial. Contudo, o exame físico tem sido relegado a um segundo plano pelos médicos em favor das respostas tecnologia, dos exames laboratoriais e de imagens. Assim, o graduando e o médico residente não estão adquirindo todas as habilidades

³⁵ SANDERS, Lisa. 1956. **Todo paciente tem uma história para contar**: mistérios médicos e a arte do diagnóstico. Tradução Diego Alfaro. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. p. 37.

necessárias para o exame físico, fato que tem trazido preocupações para médicos/doutrinadores e pesquisadores, conforme lembra a doutora Lisa Sanders³⁶:

O exame físico já foi um dia a peça central do diagnóstico. A história do paciente e uma avaliação física cuidadosa de hábito sugeriam um diagnóstico, e então os exames complementares, quando disponíveis, poderiam ser usados para confirmar o laudo.

[...]

Muitos médicos e pesquisadores se preocupam com essa mudança. Eles se queixam do uso excessivo de exames de alta tecnologia e condenam o declínio da aptidão necessária à realização de um exame físico eficaz.

Essa citação redireciona a reflexão para o princípio do debate: a questão do ensino médico – graduação/residência – e o papel da universidade na formação de profissionais com as habilidades necessárias para o atendimento humanizado, em que o paciente é ouvido e examinado com toda a atenção possível pelo médico. Contudo, os profissionais estão sendo preparados para analisar exames e imagens, perdendo ou não adquirindo a aptidão necessária para o exame físico, o contato direto com o paciente para estabelecer um diálogo construtivo que contribua para o diagnóstico e para a compreensão do prognóstico pelo paciente.

A evolução da apresentação iniciada neste capítulo será ampliada e contextualizada nos seguintes, pela abordagem dos processos de comunicação existentes no HUOP, aprofundando a análise e a reflexão sobre mudanças necessárias para a comunicação eficaz e a diminuição das ações judiciais motivadas exclusivamente pela insatisfação dos pacientes.

No capítulo seguinte, aborda-se o significado da comunicação como meio de interação entre os indivíduos, refletindo sobre o conceito e a teoria sistêmica que envolve os processos sociais e o sistema de saúde.

Nesse contexto, destaca-se a importância do registro preciso das informações no prontuário médico como forma de preservação da história médica do paciente e do histórico dos procedimentos adotados pela equipe de saúde, inclusive como meio de prova confiável nas ações judiciais.

³⁶ SANDERS, Lisa. 1956. **Todo paciente tem uma história para contar**: mistérios médicos e a arte do diagnóstico. Tradução Diego Alfaro. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. p. 71.

Nesse mesmo capítulo ainda serão apresentadas algumas das decisões judiciais que motivaram esta pesquisa, nas quais os conflitos comunicacionais deram origem ao desencontro entre as partes e foi o eixo central para o estabelecimento da sentença. O estudo desses casos e suas respectivas sentenças revela em que medida fica evidenciado e comprovado que a informação chegou de forma completa ao paciente e a seus familiares.

3 OS PROCESSOS COMUNICACIONAIS NA RELAÇÃO MÉDICO, PACIENTE/FAMÍLIA NO HUOP, À LUZ DA TEORIA SISTÊMICA

*A comunicação é parte do tratamento do paciente
e ficar conversando com ele,
muitas vezes, é o próprio remédio.*

Rebecca Bebb

Neste capítulo, reflete-se sobre os processos comunicacionais, com base no pensamento de Niklas Luhmann³⁷, Leonel Severo Rocha, Gabrielle Jacobi Kòlling e Gustavo André Olsson³⁸, sobre o sistema de saúde e os conceitos de “são” e de “doente”.

Com Juan Diaz Bordenava³⁹, compreende-se que a comunicação é imprescindível para o compartilhamento de experiências, sobretudo, na comunicação de Niklas Luhmann⁴⁰ e as improbabilidades que se dividem em três princípios: a primeira se refere à consciência do indivíduo, ou seja, que a pessoa compreende o que está sendo comunicado; a segunda faz referência ao espaço e tempo em que a comunicação é feita, como os receptores que não estejam presentes naquele momento irão receber e compreender o que está sendo comunicado; a terceira improbabilidade está ligada à aceitação daquilo que é comunicado.

A busca pela melhor forma de comunicação entre o médico e o paciente e seus familiares é imprescindível para que ambos os lados compreendam a amplitude do problema de saúde enfrentado e as eventuais consequências do tratamento e ou procedimentos médicos necessários.

³⁷ LUHMANN, Niklas. **A improbabilidade da comunicação**. Tradução Anabela Carvalho. 3. ed. Lisboa: Vega, 2001.

³⁸ ROCHA, Leonel Severo; KÒLLING, Gabrielle Jacobi; OLSSON, Gustavo André. **Interações entre o Sistema da Medicina e da Saúde**: observações a partir da Teoria dos Sistemas Sociais. p. 163 e 165. Sequência (Florianópolis), n. 83, p. 160-192, dez. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5007/2177-7055.2019v41n83p160>. Acesso em: 23 fev. 2022.

³⁹ BORDENAVE, Juan Diaz. **O que é comunicação**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

⁴⁰ LUHMANN, Niklas. **A improbabilidade da comunicação**. Tradução Anabela Carvalho. 3. ed. Lisboa: Vega, 2001.

Os fundamentos do pensamento de Niklas Luhmann sobre o sistema de saúde se encontram refletidos nas palavras de Leonel Severo Rocha, Gabrielle Jacobi Kòlling e Gustavo André Olsson⁴¹, que consideraram que ele:

[..] observou o sistema médico de um modo preliminar. No contexto dessa observação, pode-se destacar que o objetivo orientador da atuação dos médicos está inserto na intervenção apropriada, com conseqüências desejadas, sobre o corpo doente. Para tanto, valem-se do emprego de diagnósticos e de tratamentos sobre os quais há determinada certeza, conhecimento teórico, tencionando alcançar o estado de saúde – uma relação envolvendo os papéis médico/paciente.

[...]

Alerta Luhmann, no entanto, que os conceitos de “são” e de “doente” não indicam um particular estado físico ou psíquico, mas têm valor de código, no qual o valor positivo é o da doença, e o negativo é o da saúde: o que vai importar para este sistema não é a saúde, mas sim a doença, já que só está importa para os médicos.

Assim, reconhecida a existência e a dimensão dos problemas decorrentes das rotinas de comunicação insatisfatórias, é preciso buscar elementos para estabelecer a melhor forma de abordar e informar ao paciente e seus familiares, que possibilite demonstrar de forma clara e compreensível que todos os procedimentos realizados foram fundamentados nas melhores práticas médicas e correspondem ao melhor atendimento possível para aquele paciente, sendo que eventuais intercorrências são passíveis de advir dado o perfil clínico da doença ou trauma que acometeu o referido paciente.

Nesse caso, é premente a interação plena entre os objetivos e as ações da Universidade com os demais setores que formam a sociedade. Interação reconhecidamente necessária, especialmente diante dos múltiplos desafios enfrentados pela sociedade brasileira para superar problemas de natureza social, especialmente de saúde pública, cuja solução pode ser perfeitamente alcançada com a contribuição das comunidades universitárias, sobretudo, através das pesquisas desenvolvidas por suas múltiplas equipes de pesquisadores. Porém, a pesquisa acadêmica não pode ser encarada como fonte de soluções imediatas para todo tipo

⁴¹ ROCHA, Leonel Severo; KÒLLING, Gabrielle Jacobi; OLSSON, Gustavo André. **Interações entre o Sistema da Medicina e da Saúde**: observações a partir da Teoria dos Sistemas Sociais. p. 163 e 165. Sequência (Florianópolis), n. 83, p. 160-192, dez. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5007/2177-7055.2019v41n83p160>. Acesso em: 23 fev. 2022.

de problemas, mas reconhecida também como formadora do pensamento crítico e de profissionais aptos a responderem as exigências cotidianas da realidade social.

É nesse contexto que se evidencia a importância de um hospital-escola tanto para o atendimento da saúde da população de uma determinada região quanto para a formação de profissionais qualificados e o desenvolvimento de procedimentos que sendo acessíveis, sejam também de qualidade. O acesso difícil pela superlotação que historicamente acompanha o sistema de saúde pública brasileiro, evidenciado já pela mídia jornalística, diariamente, na falta de leitos hospitalares ou nas condições descontinuadas de atendimento não exime o Estado de atender à população, sendo, inclusive, a comunicação uma questão primordial desse atendimento, conforme destaca Liton Lanes Pilau Sobrinho⁴²:

O direito à saúde, nesse mesmo sentido, reflete processamentos comunicativos mediante a identificação do código jurídico (direito/não direito) específico. Quanto maior a produção de comunicações, maiores as possibilidades dos sistemas, por isso, a problemática do direito à saúde deve ser observada não apenas pelo sistema de sua efetivação, mas igualmente, no sentido de produção de renovadas e constantes comunicações.

Considerando a Constituição Federal que define em seu art. 196 “a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁴³, acredita-se que se incluam entre as responsabilidades dos cursos de Medicina uma contribuição significativa para a formação de profissionais médicos capazes de atuar no modelo assistencial em vigor no Brasil: o Sistema Único de Saúde (SUS), que inclui as etapas de aprendizagem dos processos comunicacionais, especialmente os que envolvem o médico e o paciente.

Nesse sentido, esta etapa do estudo é dividida em duas seções que trazem: 1) a reflexão sobre as questões da comunicação no sistema de saúde e 2) o estudo

⁴² PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Comunicação e direito à saúde**. 2007. Tese (doutorado em Direito). São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos. p. 40. Disponível em: <http://dominiopublico.mec.gov.br/download/teste/arqs/cp072014.pdf>. Acesso em 10 jan. 2022

⁴³ BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 18 maio 2022.

dos casos que sustentam essa reflexão sobre a judicialização das práticas médicas no HUOP.

3.1 As Diretrizes Curriculares Nacionais e a Comunicação como Integrante da Formação do Curso de Medicina da Unioeste

A comunicação é componente dos fundamentos da formação profissional em medicina, estabelecida desde as Diretrizes Curriculares Nacionais⁴⁴:

Art. 5º Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar:

[...]

VII - comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

[...]

Art. 6º Na Gestão em Saúde, a Graduação em Medicina visa à formação do médico capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem-estar da comunidade, por meio das seguintes dimensões:

[..]

IV - Comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TICs), para interação a distância e acesso a bases remotas de dados;

V - Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade, confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

⁴⁴ BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina, **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – p. 8-11. Acesso em 24 jan. 2022.

Assim estabelecida, a atenção à saúde pautada nas diretrizes inclui e destaca a comunicação como parte fundamental da formação integral do médico tanto no respeito à singularidade dos indivíduos quanto na condução de um diálogo que tornem claras as causas e as consequências do que acomete a “pessoa sob cuidado”:

Em se tratando do curso de graduação em Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste, embora a comunicação seja tema abordado diretamente nas Diretrizes Curriculares e, portanto, no PPP do curso da Unioeste, não se encontra na grade curricular uma disciplina específica sobre relação médico, paciente/familiar que aborde as habilidades de comunicação como tema central. Porém, como habilidade necessária ao profissional médico a comunicação e o aperfeiçoamento permanente compõem os objetivos previstos em seu Projeto Político Pedagógico (PPP)⁴⁵:

Formar profissionais que estejam habilitados a:

[...]

e) Buscar incessantemente informações novas e complementares que possam contribuir para o seu aperfeiçoamento profissional (medicina baseada em evidências);

j) Estimular a comunicação oral e escrita, inclusive na língua inglesa;

[...]

l) Utilizar habilidades e competências próprias do desempenho da medicina.

[...]

Desse modo, o perfil delineado para o egresso prevê que

A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

[...]

4. Comunicar-se adequadamente com demais profissionais da equipe de saúde, os pacientes, seus familiares e comunidade;

[...]

6. Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação a promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;

⁴⁵ UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE. Conselho de Ensino e Pesquisa. **Resolução nº 241/2019**, de 28 de novembro de 2019. Altera o Projeto Pedagógico do curso de Medicina, do *campus* de Cascavel. Disponível em: <https://midas.unioeste.br/sgav/arqvirtual#/detalhes/?arqVrtCdg=6786>. Acesso em: 20 abr. 2022.

Em todas as áreas e níveis, o desenvolvimento do ensino é complexo. Nesse caso, porém, é agravado, pois se procura unir a complexa arte de ensinar com a mais complexa área para aprender: a “medicina”. O desempenho da Universidade em seu papel institucional no ensino superior para a formação do profissional médico é fundamental para toda a sua trajetória posterior, pois a formação ultrapassa o ensinar e deve preparar o estudante também para compreender a necessidade de permanecer em constante busca de atualização e aperfeiçoamento de suas habilidades e conhecimentos, ainda conforme perfil previsto no respectivo PPP⁴⁶:

- 26. Manter-se atualizado com a legislação pertinente a saúde;
- 27. Atualizar permanentemente seus conhecimentos tecnológicos e sua formação humanística, através de leitura crítica de publicações na área, participação em eventos científicos, consulta as bases de dados informatizadas, educação a distância, entre outros;

Nas palavras de Philippa Moore, Gricelda Gómez e Suzane Kurtz⁴⁷, sobre as habilidades de comunicação, tem-se a reflexão sobre a formação de um médico no quesito comunicar, fazer essa arte se tornar instigante e voltar os olhos dos alunos desde os primeiros dias do curso de medicina ao se importar e dar importância para o paciente e sua história.

Desde o primeiro dia do currículo como estudante de medicina, o aprendizado da comunicação apresenta diferenças com outras competências médicas. Ao contrário do que acontece com a anamnese ou o exame físico, por exemplo, onde os alunos do primeiro ano começam do zero ou de um nível muito básico de habilidades, a comunicação é praticada há anos, pode-se dizer que eles nasceram e, portanto, eles já têm – algum grau – de habilidade. O fator motivador de aprender algo completamente novo parece estar menos presente na área da comunicação e é, talvez, uma das razões pelas quais os alunos se entregam da mesma forma à prática de habilidades de comunicação quanto à aprendizagem, por exemplo, sobre como sentir um fígado. É por isso que a forma como os alunos se relacionam por tantos anos antes de ingressar na escola deve ser observada,

⁴⁶ UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE. Conselho de Ensino e Pesquisa. **Resolução nº 241/2019**, de 28 de novembro de 2019. Altera o Projeto Pedagógico do curso de Medicina, do *campus* de Cascavel. Disponível em: <https://midas.unioeste.br/sgav/arqvirtual#/detalhes/?arqVrtCdg=6786>. Acesso em: 20 abr. 2022.

⁴⁷ MOORE, Philippa, GÓMEZ, Gricelda, KURTZ, Suzane. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Aten Primaria*. 2012; 44(6) :358--365. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-comunicacion-medico-paciente-una-competencias-basicas-S0212656711004239>. Acesso em: 07 jun. 2022.

analisada, reconhecida e, provavelmente, exigirá uma adaptação a essa novidade: a relação médico-paciente. (tradução nossa) ⁴⁸

Contudo, quando se analisa, por exemplo, o Regulamento da Residência Médica da Unioeste⁴⁹, verifica-se ali um texto tecnicamente elaborado e que faz menção às normas e à legislação necessárias, sem um detalhamento maior que contribua para o aprofundamento de sua compreensão pelo médico residente como parte de sua formação correspondente.

Talvez, a ausência de um regramento da residência mais amplo e sua respectiva adoção não seja a única falta⁵⁰, mas com certeza colabora para o não reconhecimento da importância de alguns comportamentos profissionais, como a forma de se comunicar com os pacientes, familiares e equipe multiprofissional. Alguns pontos, porém, já podem ser dimensionados, como a presença dos deveres do médico residente no referido Regulamento⁵¹:

Art. 29. São deveres dos médicos residentes:

I - seguirem os preceitos éticos no trabalho com os pacientes, familiares e equipe multiprofissional;

II - cumprirem, rigorosamente, a carga-horária prevista e as demais atividades da Especialidade Médica do programa de Residência Médica;

⁴⁸ Desde el primer día del currículo del estudiante de medicina, el aprendizaje de la comunicación presenta diferencias con otras competencias médicas. A diferencia de lo que ocurre con la anamnesis o el examen físico, por ejemplo, donde los estudiantes de primer año comienzan de cero o de un nivel de competencias muy básico, la comunicación la vienen practicando por años, se puede decir desde que nacieron, y, por lo tanto, ya tienen – algún grado – de destreza. El factor motivador de estar aprendiendo algo completamente nuevo parece estar menos presente en el área de comunicación y es, tal vez, una de las razones por la que los estudiantes se entregan de igual manera a la práctica de habilidades de comunicación que al aprendizaje, por ejemplo, sobre cómo palpar un hígado. Es por esto que al formar como los estudiantes se han relacionado por tantos años antes de entrar a la escuela debe ser observada, analizada, reconocida y, probablemente, requerirá de una adaptación a esta novedad: la relación médico-paciente.

⁴⁹ UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE. Conselho de Ensino e Pesquisa. **Resolução Nº 053/2011**, de 26 de abril de 2011. Aprova o Regulamento do Programa de Residência Médica, do Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas, do *campus* de Cascavel, para os ingressantes a partir do ano de 2011. Disponível em: <https://midas.unioeste.br/sgav/arqvirtual#/detalhes/?arqVrtCdg=15143>. Acesso em: 19 abr. 2022.

⁵⁰ Não se trata, porém de avaliar aqui os projetos dos cursos de graduação ou residência, matéria muito mais complexa que a proposta desta dissertação e que exigiria a concorrência de outros profissionais e estudos mais amplos.

⁵¹ UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE. Conselho de Ensino e Pesquisa. **Resolução Nº 053/2011**, de 26 de abril de 2011, Aprova o Regulamento do Programa de Residência Médica, do Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas, do *campus* de Cascavel, para os ingressantes a partir do ano de 2011. Disponível em: <https://midas.unioeste.br/sgav/arqvirtual#/detalhes/?arqVrtCdg=15143>. Acesso em: 19 abr. 2022.

III - cumprirem este Regulamento, as normas do HUOP, as demais regulamentações internas e a legislação em vigor.

Percebe-se, entretanto, que as mudanças no atendimento ao paciente, preconizadas pelas Diretrizes dos cursos de Medicina e pelo Programa HumanizaSUS ainda não integram os objetivos estabelecidos no Projeto Político Pedagógico do curso de Medicina da Unioeste e no Regimento das Residências Médicas. Porém, implantar uma nova rotina nas práticas do curso exigiria, além de uma disponibilização dos profissionais e acadêmicos, algum tipo de ordenamento que possibilitasse sua aprendizagem e aplicação.

A adoção como prática efetiva do axioma é preciso “tratar o doente e não somente a doença” é um também um dos primeiros fundamentos para que a relação médico, paciente/família estabeleça uma comunicação eficaz e leve aos envolvidos pelo atendimento um grau de satisfação suficiente, de modo, inclusive, a evitar a formação de um conflito desnecessário que via de regra culmina em demanda judicial contra o hospital e o médico responsável pelo atendimento.

Neste estudo, procura-se identificar, no conjunto das ações judiciais interpostas contra a Unioeste (HUOP e o médico), aquelas nas quais se possa reconhecer que a ausência de uma comunicação fundada no apreço ao doente, mediada por ampla explanação em linguagem compatível com o momento e com as condições emocionais, levaram o paciente/familiares a acreditar que o resultado poderia ser outro e que se não foi é porque teria ocorrido, em algum ponto do atendimento e ou tratamento imperícia ou negligência do médico.

Em medicina, quando se trata de atendimento ao paciente e de conduta médica que pode, eventualmente, gerar uma ação de retorno e uma “punição”, é oportuno citar o Código de Hamurabi, que contém o que se pode considerar um primeiro regulamento do ato médico, estabelecendo remuneração e punições decorrentes dos resultados, ou seja, o texto escrito no séc. XVIII a. C. já exigia do médico uma conduta condizente com a dimensão de sua responsabilidade e tratava do suposto “erro médico”, sua não aceitação e respectiva punibilidade.

O professor Milton Roberto Laprega⁵² exemplifica esse fato com uma citação do Código de Hamurabi obtida de Ernesto de Souza Campos:

‘A abertura de um abscesso no olho com lanceta de bronze, por exemplo, custava 10 “shekels” de prata para os ricos, 2 a 5 para os pobres. Se o paciente falecia ou perdia o órgão visual era o operador severamente castigado: tinha sua mão cortada, no caso do cliente rico e, no caso de um escravo, era obrigado a dar-lhe substituto quando morria ou metade do valor da operação, ocorrendo a inutilização do olho’.

O que se verifica nessa citação é que a busca de reparação por erro médico em ações judiciais interpostas em decorrência de atendimentos médicos os quais o paciente não considera corretos ou satisfatórios, diante do resultado apresentado, são antigas e, no Brasil, não são um privilégio do HUOP, como aponta Assis Videira⁵³:

De acordo com dados do Superior Tribunal de Justiça, nos últimos 12 anos o país teve um aumento de 1.600% no número de processos judiciais envolvendo médicos, sendo os seguintes estados que originam mais processos: Rio de Janeiro (25,69%), São Paulo (19,27%), Rio Grande do Sul (15,92%), Paraná (6,7%) e Minas Gerais (6,14%).

Esses dados demonstram com clareza que o objeto de estudo proposto nesta pesquisa merece atenção máxima, principalmente por se tratar de ações judiciais oriundas de atendimentos médicos de um hospital-escola, em que graduandos e médicos residentes convivem diariamente com situações de atendimento complexas, envolvendo traumas ou doenças cujos resultados são sentidos de modo agravado diante do fator emocional dos pacientes e seus familiares, o que os motiva a levarem esses fatos ao sistema judiciário, como uma tentativa exasperada de minimizar sua dor pela culpabilização e punição pecuniária do HUOP ou do médico que o atendeu.

⁵² LAPREGA, Milton Roberto. **Hospitais de ensino no Brasil: história e situação atual**. 293 f. 2015. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3693160/mod_resource/content/1/Os%20hospitais%20de%20ensino%20no%20Brasil%20hist%C3%B3ria%20e%20situa%C3%A7%C3%A3o%20atual.pdf. Acesso em: 14 abril 2022.

⁵³ VIDEIRA, Assis. Consultoria e advocacia. **Dados e estatísticas sobre a judicialização da medicina**. Belo Horizonte, MG; Assis Videira, 2018. Disponível em: <https://www.assisvideira.com.br/v2017/content/uploads/2018/08/DADOS-E-ESTAT%C3%8DSTICAS.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2022.

É importante frisar que a obrigação do hospital e do médico é, em geral, de meio e não de resultados. Assegurar prévio resultado não é possível, porque os fatores que envolvem o exercício da medicina o tornam incerto. Por isso, a importância na comunicação, seja ela escrita ou verbal. A partir da comunicação que aparecem os entraves, possivelmente o paciente/familiar ao afirmar que um médico cometeu um erro ou se, de fato, o resultado não estava dentro das suas expectativas, mas era uma possibilidade dentro das probabilidades futuras do tratamento ou procedimento.

Um diálogo permanente entre o médico e o paciente, além de uma efetiva comunicação sobre procedimentos praticados, certamente reduzirá o número das ações judiciais, que vêm aumentando ao longo do tempo, conforme se verifica nos números do Quadro 3.

Quadro 3 Ações sofridas pelo HUOP, por suposto erro médico: 2003-2021

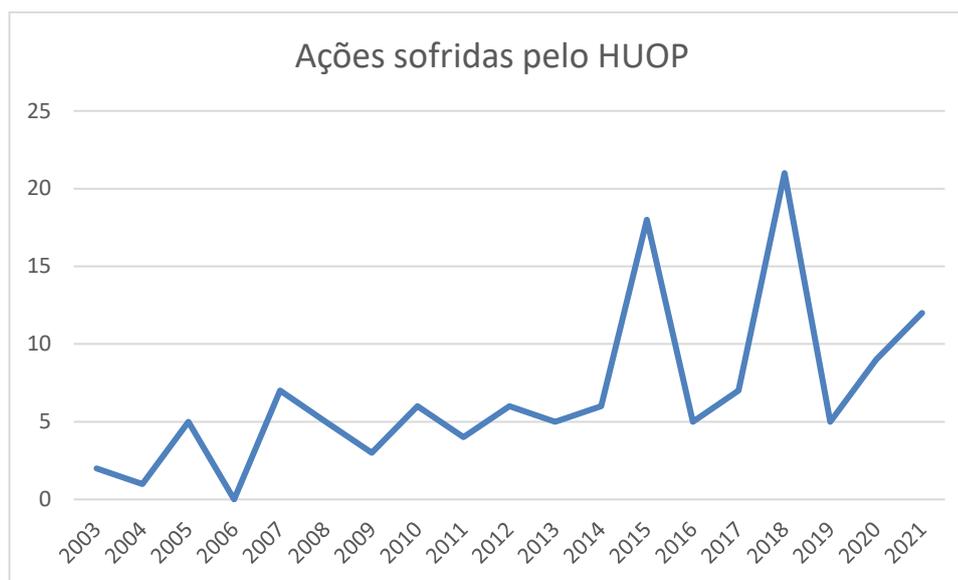
Ano	Número de ações
2003	2
2004	1
2005	5
2006	0
2007	7
2008	5
2009	3
2010	6
2011	4
2012	6
2013	5
2014	6
2015	18
2016	5
2017	7
2018	21
2019	5
2020	9
2021	12
TOTAL	127

Fonte: a autora (2021).

Para melhor visualização do universo das demandas de ações judiciais impetradas, utiliza-se o Gráfico 1 indicando a dimensão e a sazonalidade em que

ocorrem. Confirma-se a impossibilidade de qualquer planejamento por parte da Unioeste/HUOP. Portanto, melhorar o atendimento naquelas questões que historicamente são demandadas na via judicial é a alternativa vislumbrada como resultado deste estudo.

Gráfico 1 Ações por erro médico



Fonte: a autora (2021).

Os dados apresentados no Quadro 3, visualizados na linha de tendência do Gráfico 1, construído com informações obtidas junto aos processos judiciais defendidos ou em defesa pela Procuradoria Jurídica da Unioeste, correspondem ao número de ações judiciais por suposto erro médico ou por problemas ocorridos no atendimento do paciente, protocoladas em desfavor da Unioeste/HUOP, desde a sua transformação de Hospital Regional em Hospital Universitário, ocorrida no ano de 2003.

Nesse ponto cabe, também, uma reflexão sobre a demora para conclusão dessas ações judiciais, o que leva a uma espera angustiante tanto para o paciente como para os seus familiares por um resultado que satisfaça a irresignação enfrentada no atendimento. Nesse sentido, apresenta-se no Quadro 4, indicando a duração das ações judiciais enfrentadas pelo Unioeste/HUOP.

Quadro 4 Ações judiciais: tempo decorrido entre o protocolo e o trânsito em julgado

Continua

PROCESSO	Data protocolo	Trânsito em Julgado	Tramitação em dias	Tramitação em anos
00xxx-15.2003.8.16.0021	16/10/2003	27/06/2019	5733	15,7
00xxx/2004	04/06/2004	30/01/2014	3527	9,7
00xxx-52.2005.8.16.0021	15/02/2005	20/08/2013	3108	8,5
00xxx-70.2005.8.16.0021	24/06/2005	05/12/2011	2355	6,5
00xxx-57.2005.8.16.0021	06/09/2005	22/03/2022	6041	16,6
00xxx-85.2004.8.16.0062	30/09/2005	26/08/2014	3252	8,9
00xxx-63.2005.8.16.0021	14/12/2005	19/04/2012	2318	6,4
00xxx-73.2007.8.16.0021	19/01/2007	20/07/2016	3470	9,5
00xxx-06.2007.8.16.0021	30/01/2007	17/08/2018	4217	11,6
00xxx-92.2007.8.16.0021	30/01/2007	10/09/2019	4606	12,6
00xxx-29.2007.8.16.0021	27/07/2007	18/05/2018	3948	10,8
00xxx-89.2007.8.16.0021	05/09/2007	23/09/2020	4767	13,1
00xxx-77.2007.8.16.0021	11/04/2008	31/07/2019	4128	11,3
00xxx-34.2008.8.16.0021	06/06/2008	17/03/2015	2475	6,8
00xxx-29.2008.8.16.0021	27/08/2008	05/03/2020	4208	11,5
00xxx-19.2009.8.16.0115	01/04/2009	02/03/2016	2527	6,9
00xxx-57.2009.8.16.0017	16/12/2009	20/10/2020	3961	10,9
00xxx-51.2009.8.16.0021	15/01/2010	12/07/2019	3465	9,5
00xxx-75.2010.8.16.0021	28/04/2010	21/10/2021	4194	11,5
00xxx-43.2010.8.16.0021	08/11/2010	22/05/2019	3117	8,5
00xxx-69.2011.8.16.0021	05/12/2011	12/03/2021	3385	9,3
00xxx-37. 2011.8.16.0021	12/03/2012	13/12/2019	2832	7,8
00xxx-08.2012.8.16.0021	06/04/2012	09/06/2021	3351	9,2
00xxx.73.2012.8.16.0021	23/05/2012	29/08/2018	2289	6,3
00xxx-65. 2012.8.16.0021	28/08/2012	31/05/2021	3198	8,8
00xxx-02 2012.8.16.0021	29/10/2012	16/05/2019	2390	6,5
00xxx-63. 2013.8.16.0021	11/02/2013	21/10/2015	982	2,7
00xxx-90. 2013.8.16.0021	25/06/2013	06/02/2017	1322	3,6
00xxx-39. 2013.8.16.0170	26/08/2013	24/04/2017	1337	3,7
00xxx-25. 2013.8.16.0021	09/10/2013	26/01/2022	3031	8,3
00xxx-79. 2014.8.16.0170	25/04/2014	07/07/2015	438	1,2
00xxx-87. 2014.8.16.0021	28/07/2014	12/02/2019	1660	4,5
00xxx-28. 2014.8.16.0021	25/08/2014	16/11/2015	448	1,2
00xxx-59. 2013.8.16.0021	20/11/2014	02/04/2020	1960	5,4
00xxx-62. 2015.8.16.0021	29/01/2015	15/08/2018	1294	3,5
00xxx-02. 2015.8.16.0021	04/02/2015	10/07/2018	1252	3,4
00xxx-84. 2014.8.16.0021	02/03/2015	29/01/2021	2160	5,9
00xxx-43. 2015.8.16.0021	06/04/2015	21/07/2021	2298	6,3
00xxx-85 2014.8.16.0021	14/04/2015	04/09/2018	1239	3,4
00xxx-89. 2015.8.16.0021	20/05/2015	01/08/2017	804	2,2
00xxx-70. 2015.8.16.0021	12/06/2015	09/11/2015	150	0,4
00xxx-84. 2014.8.16.0021	22/07/2015	21/08/2019	1491	4,1
00xxx-98. 2016.8.16.0021	30/08/2016	16/12/2021	1934	5,3
000xxx-30 2017.8.16.0087	01/09/2017	15/02/2022	1628	4,5
00xxx-50.2017.8.16.0074	27/02/2018	05/04/2021	1133	3,1

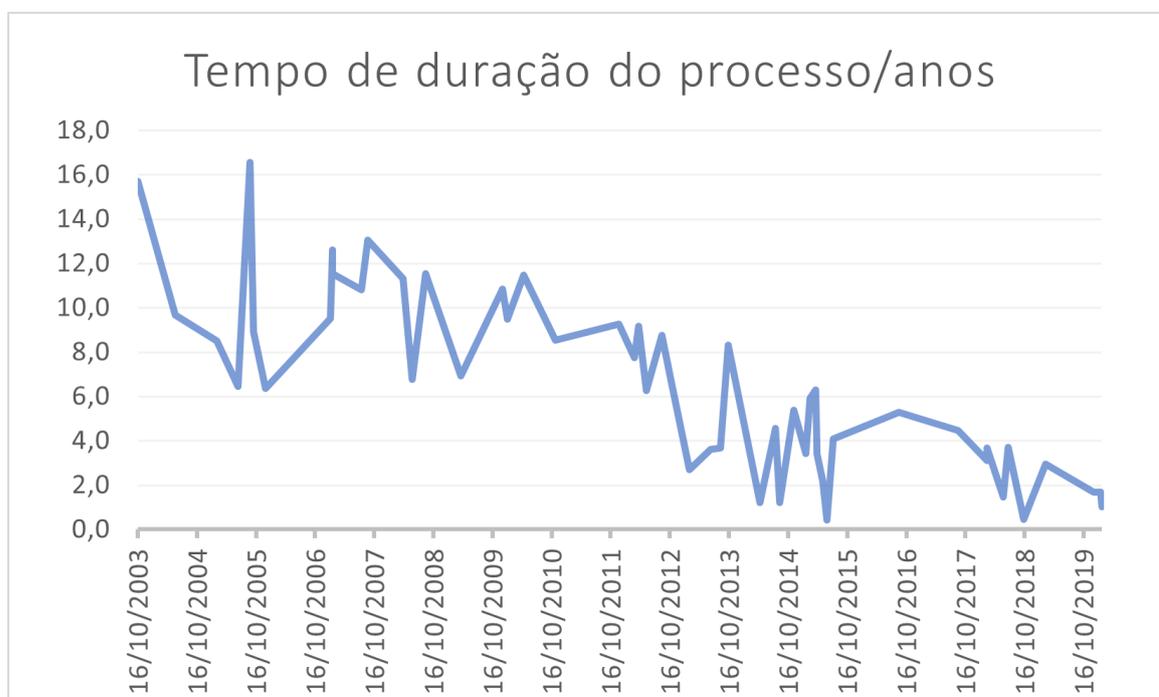
Conclusão

PROCESSO	Data protocolo	Trânsito em Julgado	Tramitação em dias	Tramitação em anos
00xxx-51. 2017.8.16.0021	28/02/2018	29/10/2021	1339	3,7
00xxx-76. 2018.8.16.0021	08/06/2018	20/11/2019	530	1,5
000xxx-48. 2017.8.16.0021	09/07/2018	25/03/2022	1355	3,7
00xxx-79 2018.8.16.0021	09/10/2018	20/03/2019	162	0,4
00xxx-18 2019.8.16.0021	25/02/2019	03/02/2022	1074	2,9
00xxx-64. 2019.8.16.0021	17/12/2019	22/08/2021	614	1,7
00xxx.45.2019.8.16.0021	28/01/2020	10/2021	612	1,7
00xxx-80. 2020.8.16.0021	04/02/2020	10/02/2021	372	1,0

Fonte: a autora (2022).

Conforme se visualiza no Gráfico 2, a linha de tendência é descendente indicando uma redução média de tempo significativa de 9,8 anos para 3,3, o que coincide com a implantação do PROJUDI. Contudo, mesmo que o tempo de 3 anos pareça pouco, é o tempo que o paciente ou sua família fica aguardando uma resposta para sua insatisfação pelo atendimento recebido no HUOP.

Gráfico 2 Duração dos processos



Fonte: a autora (2022).

Reduzir as ações judiciais motivadas pela falha na comunicação, que pode diminuir o trabalho e os gastos de recursos públicos, pode, sobretudo, fazer com que o HUOP seja visto como um hospital humanizado, no qual as informações necessárias são transmitidas de forma clara aos pacientes e a seus familiares, criando um índice de confiança sobre o tratamento que lhes foi dispensado e, que o resultado, quando negativo, teve como causa a própria doença e as condições próprias do paciente e não a forma ou dimensão do atendimento ministrado.

3.2 A Comunicação e as suas Improbabilidades na Relação Médico, Paciente/Família

A comunicação entre os indivíduos é fundamental e está presente em todos os momentos da vida, desde o nascimento, quando o choro é uma das primeiras formas de comunicação. O presente trabalho analisa a comunicação na relação médico, paciente/família, como um processo que precisa ser orientado por determinados princípios, inclusive confiança⁵⁴. Porém, não com o intuito de apontar falhas, mas demonstrar, ainda que não de forma exaustiva, que o saber comunicar e ouvir pode estreitar os laços e possibilitar o conhecimento amplo da doença através da história do paciente.

Para Juan Diaz Bordenava⁵⁵, “sem a comunicação cada pessoa seria um mundo fechado em si mesmo. Pela comunicação as pessoas compartilham experiências”. Esse compartilhamento pode ser a diferença entre um paciente satisfeito com o atendimento dispensado a ele ou frustrado, pois entende que o atendimento recebido foi insuficiente ou negligente e, com esse sentimento, todo e qualquer resultado lhe parecerá insatisfatório e sempre será culpa do médico e do hospital. Depois de incrustado esse sentimento, nada o afastará dele e uma demanda judicial é a única saída encontrada por ele para satisfazer o seu inconformismo.

A comunicação pode ser simultaneamente verbal e não verbal, por isso não são só as palavras que os médicos ou equipe dirigem ao paciente ou seus familiares

⁵⁴ LUHMANN, Niklas. **Confianza**. México: Universidad Iberoamericana, 1996.

⁵⁵ BORDENAVE, Juan Diaz. **O que é comunicação**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

podem gerar os conflitos, mas sobretudo, os gestos, os olhares, as expressões faciais e as posturas corporais levam os pacientes e seus familiares a tirarem suas próprias conclusões sobre a situação, até mesmo uma risada pode ser mal interpretada e entendida como expressão de desinteresse. Por isso, as habilidades de comunicação constituem um fator muito importante na relação médico paciente/família. Nas palavras de Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin e Don D. Jackson⁵⁶, nessa compreensão:

[...] está aceito que todo o comportamento, numa situação interacional, tem valor de mensagem, isto é, é comunicação, segue-se que, por muito que o indivíduo se esforce, é-lhe impossível *não* comunicar. Atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem; influenciam outros e estes outros, por sua vez, não podem *não* responder a essas comunicações e, portanto, também estão comunicando.

A comunicação, como exposto acima, vai além do simples ato de fala. É, pois, uma ferramenta indispensável para um atendimento eficaz. Silva⁵⁷ demonstra essa importância na seguinte abordagem:

Na área da saúde, é fundamental saber lidar com *gente*. A todo momento, pelos corredores dos hospitais, nos ambulatórios, salas de emergência e leitos de pacientes, surgem conflitos originados de uma atitude não compreendida ou mesmo de uma reação inesperada. (Grifo da autora).

No ambiente hospitalar a comunicação não é restrita ao profissional médico, mas envolve toda a equipe multiprofissional e, em se tratando do hospital-escola, inclui os alunos da graduação e os médicos residentes, além dos setores de apoio. Portanto, é possível imaginar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais e as barreiras de comunicação encontradas nesse ambiente. Somada a gama de pessoas envolvidas no cotidiano do hospital, ainda devem ser lembradas as emergências e

⁵⁶ WATZLAWICK, Paul, BEAVIN, Janet Helmick; JACKSON, Don D. **Pragmática da comunicação humana**. Um estudo dos padrões, patologia e paradoxos da interação. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1993. 263 p. p. 44,45.

⁵⁷ SILVA, Maria Júlia Paes. **Comunicação tem remédio**: As comunicações nas relações interpessoais em saúde. 10. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2015. p. 13.

prontos-socorros lotados. Considerando esse panorama, Mateus Witiski, Débora Maria Vargas Makuch, Leandro Rozin e Graciele de Matia⁵⁸ afirmam que

[...] uma cultura organizacional embasada em objetivos e estratégias, que proporcionem uma comunicação mais efetiva, irá refletir positivamente nos processos assistenciais e, conseqüentemente, na qualidade dos serviços e segurança do paciente.

A satisfação do paciente com o atendimento e o resultado para sua “doença” está diretamente ligada às informações recebidas antes e durante o atendimento ou procedimento. Informar sobre os resultados esperados e os resultados adversos que podem ocorrer resulta na melhor aceitação tanto pelo paciente quanto por seus familiares.

De acordo com Mateus Witiski, Débora Maria Vargas Makuch, Leandro Rozin e Graciele de Matia⁵⁹: “uma comunicação não efetiva pode causar depressão, ansiedade, desesperança e diminuição na qualidade de vida de pacientes”. Ressalta-se a importância do engajamento da equipe de profissionais no atendimento do paciente, principalmente no que se refere ao conhecimento dos procedimentos e medicamentos dispensados, pois todos, se questionados dentro de suas responsabilidades, devem saber transmitir informações precisas e de modo claro. O que contribui diretamente para o conforto do paciente.

Adotar os fundamentos da teoria de Niklas Luhmann⁶⁰ no contexto da comunicação, não somente entre médico e paciente, mas também entre os membros do grupo de profissionais que formam a equipe hospitalar e o paciente e seus familiares, assim como entre os próprios profissionais, certamente é uma tarefa complexa, contudo quando se analisa as improbabilidades de comunicação apontadas por esse teórico, entende-se ser possível estabelecer uma interligação entre essa teoria e a relação médico, paciente/familiares e demais profissionais de

⁵⁸ WITISKI, Mateus, MAKUCH Débora Maria Vargas, ROZIN, Leandro, MATIA, Graciele de. Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**, Jul.-Set. v. 18, n. 3, 2019. e 46988. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v18i3.46988. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/46988>. Acesso em: 22 fev. 2022.

⁵⁹ WITISKI, Mateus, MAKUCH Débora Maria Vargas, ROZIN, Leandro, MATIA, Graciele. Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde. **Cienc. Cuid. Saúde** 2019 Jul.-Set 18(3) e46988. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v18i3.46988. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/46988>. Acesso em: 22 fev. 2022.

⁶⁰ LUHMANN, Niklas. **A improbabilidade da comunicação**. Tradução Anabela Carvalho. 3. ed. Lisboa: Vega, 2001. p.116.

saúde que atuam no atendimento de pessoas num hospital-escola, assim como no registro das informações decorrentes desses atendimentos:

[...] Nem todas as mensagens que emitimos são aceites pelos outros como premissas para o seu comportamento futuro.

[...]

O sucesso comunicativo, contudo, é um mecanismo de seleção evolutiva. Com base naquilo que comecei por chamar o problema central da teoria da comunicação – o problema da contingência irreprimível da aceitação/rejeição das mensagens comunicadas – desenvolveu-se uma diferenciação entre mecanismos evolutivos para variação e seleção, isto é, entre linguagem e meios de comunicação.

O problema da comunicação é dividido por Niklas Luhmann⁶¹ em três improbabilidades: a primeira diz respeito à consciência do indivíduo, ou seja, se a pessoa compreende o que está sendo comunicado; a segunda se refere ao espaço e tempo em que a comunicação é feita, como os receptores que não estejam presentes naquele momento irão receber e compreender o que está sendo comunicado; a terceira improbabilidade está ligada à aceitação da comunicação. Para esse pensador o ato de entender não é o mesmo, nem implica aceitar. Neste ponto da reflexão, calha trazer as palavras de Raquel Von Hohendorff⁶², com as quais essa pesquisadora expressa o que se pode entender como comunicação na sociedade e nos sistemas de um hospital:

[...] a comunicação é o resultado de três seleções que reúnem: *uma informação, o modo de fazê-la conhecer e uma compreensão*, a partir da relação entre Alter e Ego. Desta forma, a comunicação plena é a união, a síntese destas três seleções e somente ocorre quando o Ego seleciona a compreensão, o que, naturalmente, inclui a incompreensão.

Com esse olhar sobre o processo comunicativo, o ambiente hospitalar é compreendido como um sistema complexo, em que a comunicação, muitas vezes, é naturalmente difícil, pois se está diante de fatos que alteram a vida das pessoas e até

⁶¹ LUHMANN, Niklas. **A improbabilidade da comunicação**. Tradução Anabela Carvalho. 3. ed. Lisboa: Vega, 2001.

⁶² HOHENDORFF, Raquel Von. **A contribuição do *safe by design* na estruturação autorregulatória da gestão dos riscos nanotecnológicos**: lidando com a improbabilidade da comunicação inter-sistêmica entre o direito e a ciência em busca de mecanismos para concretar os objetivos de sustentabilidade do milênio. 478 f. Tese (Doutorado em Direito) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-Graduação em Direito, São Leopoldo, RS, 2018. Orientador: Prof. Dr. Wilson Engelmann. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/7055>. Acesso em: 12 jan. 2022.

de famílias inteiras, algumas vezes por um determinado período, outras de forma trágica e definitiva.

Muitos desses fatos, trazem um resultado não compreendido ou quando compreendido não aceito e o processo judicial é visto como um alento que minimiza tanto a insatisfação quanto a dor pelas ocorrências consideradas negativas para o paciente, por ele ou por seus familiares. Portanto, mudar a forma da comunicação pode evitar os processos que além de onerosos, muitas vezes são também traumáticos para os autores e seus familiares. O processo de comunicação, como definido por Niklas Luhmann⁶³, considera que

[...] as improbabilidades do processo de comunicação e a forma em que as mesmas se superam e se transformam em probabilidades regulam a formação dos sistemas sociais. Assim, deve entender-se o processo de evolução sociocultural como a transformação e ampliação das possibilidades de êxito, graças à qual a sociedade cria a suas estruturas sociais.

Todas as situações que envolvem o resultado dos atendimentos médicos são aumentadas, quando se referem à condição da instituição adotada como fonte e espaço desta pesquisa ser um hospital público, atendido por servidores públicos, pois, infelizmente, há um pensamento disseminado no Brasil de que o que é público não funciona como deveria ou é de qualidade inferior e, portanto, o resultado é sempre ruim ou insatisfatório. Assim, o resultado das práticas adotadas, quando negativo, não é compreendido ou não aceito, pois foi ocasionado por erro do servidor público, também inferiorizado nessa escala de interesses e nas tradições nacionais que, geralmente, rejeitam o que não é posto sob exclusivo controle econômico.

Trazer para o estudo do Direito, o sistema de saúde, mais especificamente, neste trabalho, a comunicação entre os profissionais da saúde, os pacientes e seus familiares, em um primeiro momento parece excessivamente singular ou excêntrico, mas as palavras de Niklas Luhmann⁶⁴ já indicavam essa possibilidade:

[..] não se pode criar um meio de comunicação simbolicamente generalizado, aplicável a todas as actividades destinadas a modificar os seres humanos, desde a educação até ao tratamento terapêutico e

⁶³ LUHMANN, Niklas. **A improbabilidade da comunicação**. Tradução Anabela Carvalho. 3. ed. Lisboa: Vega, 2001. p. 44.

⁶⁴ LUHMANN, Niklas. **A improbabilidade da comunicação**. Tradução Anabela Carvalho. 3. ed. Lisboa: Vega, 2001. p. 53.

à reabilitação, apesar da estreitíssima relação que há entre este âmbito funcional e a comunicação, [...] Nem a verdade, nem o dinheiro, nem o direito, nem o poder, nem o amor, são meios dotados de suficientes garantias de êxito.

A forma da comunicação, assim como o registro das informações sobre os pacientes e os procedimentos adotados pelos médicos e profissionais da saúde, pode fazer com que o receptor não veja só o lado negativo da informação, mas de alguma forma consiga entender e informar adequadamente a quem de direito todo o atendimento que lhe foi dispensado.

Nesse contexto, tem-se o prontuário médico como documento de suma importância no atendimento médico, como forma de registrar todos os procedimentos realizados, as intercorrências, as queixas dos pacientes, os medicamentos ministrados e os tratamentos dispensados, além de uma série de informações sobre a doença e sobre o doente, com o objetivo de construir um suporte mnemônico contendo as informações necessárias para uma eventual continuidade do tratamento, inclusive por outro profissional, quando for o caso. Com essa apresentação ampla de todo o atendimento de um paciente, o prontuário tem sido, também, a prova cabal utilizada em demandas judiciais, pois pode comprovar tanto a tese do autor como a da defesa.

O Conselho Federal de Medicina, ao aprovar a Resolução 1638/2002⁶⁵, definiu, em seu art. 1º, o prontuário médico da seguinte forma:

documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

O registro de todo o procedimento no prontuário médico é uma forma de preservar as informações necessárias, sobre a condição da saúde de um paciente e a atenção dispensada a ele. Contudo, se esse registro não for claro ou, quando levado como informação ao paciente e ou seus familiares, não for acompanhada de um diálogo que esclareça os seus termos, ela não passará de um apontamento de uso

⁶⁵ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. RESOLUÇÃO nº 1.638/2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em: 05 mar. 2022.

rotineiro e entendimento exclusivo dos profissionais, pouco contribuindo para o compreensão ou conforto desse paciente sobre sua condição de saúde.

Uma das preocupações fundamentais no caso de demandas judiciais em que é adotado como prova, é demonstrar a confiabilidade do prontuário médico e evidenciar, por sua análise técnica, que todo o atendimento necessário e possível foi dispensado ao paciente e que o resultado foi uma ocorrência que não poderia ser evitada por outro procedimento. O renomado jurista Raul Canal⁶⁶ trata do prontuário médico como prova em processos perante conselhos de ética médica e em demandas judiciais, observando que:

A verdade é que o prontuário do paciente e, na grande maioria das vezes, a melhor, quando não a única ferramenta de defesa do médico em um processo ético profissional ou uma demanda cível indenizatória e até mesmo nos processos penais. O prontuário é que fornecerá os subsídios para o advogado elaborar a defesa e convencer o CRM ou o juiz de que o médico agiu diligentemente e adotou todas as condutas que o caso requeria, de acordo com história clínica do paciente, com seus relatos, com a sintomatologia e com as hipóteses diagnósticas consideradas e o diagnóstico definitivo.

Esse documento importante, não raras vezes é inelegível ou incompreensível, e isso fica evidente quando somente a leitura do prontuário por um profissional médico ou enfermeiro, torna compreensível o atendimento dispensado ao paciente.

O Código de Ética Médica⁶⁷, ao se referir ao prontuário médico traz a seguinte regra:

É vedado ao médico:

[...]

Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

⁶⁶ CANAL, Raul. **Erro médico e judicialização da medicina**. Brasília: Saturno, 2014. 288 p. p.190.

⁶⁷ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2022.

§ 3º Cabe ao médico assistente ou a seu substituto elaborar e entregar o sumário de alta ao paciente ou, na sua impossibilidade, ao seu representante legal.

O prontuário, preenchido da forma que prevê a norma supracitada, pode ser a diferença entre a compreensão e a incompreensão das informações, determinando a satisfação ou insatisfação dos pacientes. Portanto, cabe enfatizar que a confiança nos registros é fundamental para o êxito do processo comunicacional entre médicos e paciente/familiares.

A confiança está relacionada com todo o sistema onde está inserida e, embora seja complexo mantê-la quando há alguma intercorrência do atendimento, segundo Niklas Luhmann⁶⁸, é algo que pode ocorrer:

A confiança é possível e fácil pelo fato de que o sistema de confiança tem recursos internos disponíveis, que não são estruturalmente limitados e que, no caso de desilusão de confiança, podem ser colocados em ação e arcar com o ônus de reduzir a complexidade e resolver problemas. (Tradução nossa)⁶⁹.

Confiar em algo está diretamente relacionado com a percepção da presença da verdade, não há confiança quando a verdade não está presente. Por isso, a importância dos registros médicos traduzirem exatamente o que ocorreu no atendimento, detalhando os procedimentos adotados, os medicamentos administrados, sendo que esses registros devem ser de fácil acesso e compreensão. Ricardo de Macedo Menna Barreto e Leonel Severo Rocha ⁷⁰, ao se referirem à confiança enfatizam que:

[...] a confiança é o meio que atua como portador da redução da complexidade intersubjetiva. [...] isso significa que era necessário que todos estivessem com sua orientação voltada à verdade, sendo essa uma condição imprescindível para se erigir uma *relação sistêmica de confiança*.(Grifo do autor).

⁶⁸ LUHMANN, Niklas. **Confianza**. México: Universidad Iberoamericana, 1996. p. 139.

⁶⁹ La confianza se hace posible y fácil por el hecho de que el sistema que confía tiene recursos internos disponibles, que no están limitados estructuralmente y que en el caso de una desilusión de la confianza pueden ponerse en acción y asumir la carga de la reducción de complejidad y la solución de los problemas.

⁷⁰ BARRETO, Ricardo de Macedo Menna; ROCHA, Leonel Severo. Confiança, virtude e perdão como fontes do direito. **Revista Estudos Legislativos**. Porto Alegre, ano 4, n. 4, p. 17-39, 2010. Disponível em: https://submissoes.al.rs.gov.br/index.php/estudos_legislativos/issue/download/8/8. Acesso em: 9 abr. 2022.

A relação do médico com o paciente e seus familiares deve ser constituída com base nesse princípio de confiança, pois, se entre o paciente e o médico que o está atendendo ela não se estabelece ou se quebra, certamente o tratamento como um todo pode ser prejudicado.

Os elementos fundamentais que estabelecem a confiança são o conteúdo, a forma e a qualidade da informação prestada ao paciente. Sendo a disponibilização dessa informação um dever do médico, como bem esclarecem Dâmaris de Martins Souza e Pedro Henrique Piazza Noldin⁷¹:

[...] o descumprimento do dever informacional por parte do médico não resulta em ato de imperícia, imprudência e/ou negligência, fundamentos do erro médico, mas sim no não cumprimento de um direito fundamental do paciente, quebrando o princípio da confiança e da boa-fé objetiva.

Não há relação sem confiança e, no complexo meio em que está inserida a relação médico, paciente/família tem-se, ainda, o sistema público de saúde, que necessita de uma atenção maior dos gestores públicos. Nesse sentido, cabe trazer a reflexão de Lya G. Soeteman-Hernandez, Hilary R. Sutcliffe, Teun Sluijters, Jonathan van Geuns, Cornelle W. Noorlander e Adrienne JAM Sips⁷², na qual enfatizam que existem cinco valores fundamentais de confiança, quais sejam:

respeito – ver os outros como iguais; ouvir e levar a sério suas preocupações, pontos de vista e direitos. Considerando o impacto potencial de palavras e ações em outras pessoas; integridade – operar com honestidade e ser responsável; imparcial e independente de interesses adquiridos; inclusão – ser colaborativo, inclusivo, envolvendo outras pessoas; justiça – consagra a justiça e a igualdade nos processos de governança, aplicação, execução e resultados;

⁷¹ SOUZA, Dâmaris de Martins; NOLDIN, Pedro Henrique Piazza. **Dever informacional**: seus aspectos e validade na relação médico-paciente. Medicina e direito: artigos e banners premiados no IX Congresso Brasileiro de Direito Médico, Brasília (DF), 4 e 5 de setembro de 2019. p. 74. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/biblioteca/>. Acesso em: 18 abr. 2022. p. 79.

⁷² SOETEMAN-HERNÁNDEZ, Lya G., SUTCLIFFE, Hilary R., SLUIJTERS, Teun, GEUNS, Jonathan van, NOORLANDER, Cornelle W., SIPS, Adriënne J. A. M.. Modernizing innovation governance to meet policy ambitions through trusted environments. NanoImpact. Volume 21. 2021. 100301. ISSN 2452-0748. <https://doi.org/10.1016/j.impact.2021.100301>. Disponível em: (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452074821000100>). Acesso em: 07 jun. 2022.

abertura – ser transparente e acessível nos processos, comunicações, explicações e interações. (tradução nossa)⁷³

Assim, relação de confiança é fundamental também para o funcionamento do sistema de saúde pública. Embora esse sistema não seja o foco deste estudo, é importante destacar que, muito dos casos que são levados ao judiciário estão interligados pelo fato de o atendimento ter sido realizado pelo sistema público de saúde, previamente considerado precário, em que a busca pela reparação material, motivada por essa razão e a negação ou incompreensão da informação recebida tomam uma proporção que ocupa grande parte do dia a dia da vida do paciente e de seus familiares.

Sobre confiança, e a complexidade do sistema Luhmann⁷⁴ explica que,

“[...] onde há confiança há um aumento das possibilidades de experiência e ação, há um aumento na complexidade do sistema social e também no número de possibilidades que podem ser conciliadas com sua estrutura, pois a confiança constitui uma forma mais eficaz de reduzir a complexidade. (tradução nossa)⁷⁵

Ainda sobre a confiança, Luhmann⁷⁶ ensina que ela não é a única razão no mundo, mas uma concepção muito complexa e estruturada do mundo. Contudo, não poderia ser estabelecida uma sociedade definitivamente complexa, sem confiança:

A confiança reduz a complexidade social indo além das informações disponíveis e generalizando as expectativas de condução em que as informações ausentes são substituídas pela segurança internamente garantida. Dessa forma, depende dos outros mecanismos de redução desenvolvidos paralelamente a ela, por exemplo, os de direito, organização e, claro, os da linguagem, no entanto, não podem ser

⁷³ Whilst upholding 5 core trust values: • RESPECT- seeing others as equals; listening to and taking seriously their concerns, views and rights. Considering the potential impact of words & deeds on others. • INTEGRITY - operating honestly and being accountable; impartial and independent of vested interests. • INCLUSION - being collaborative, inclusive, involving others. • FAIRNESS - enshrining justice and equality in governance processes, application, enforcement, and outcomes. • OPENNESS - being transparent and accessible in processes, communications, explanations and interactions.

⁷⁴. LUHMANN, Niklas. **Confianza**. Introducción de Darío Rodríguez Mansilla. Barcelona: Anthrops; México: Ed. Universidad Iberoamericana; Santiago de Chile: Instituto de Sociología: Ed. Pontificia Universidad Católica de Chile,1996. p. 14.

⁷⁵ donde hay confianza hay aumento de posibilidades para la experiencia y la acción, hay un aumento de la complejidad del sistema social y también del número de posibilidades que pueden reconciliarse con su estructura, porque la confianza constituye una forma más efectiva de reducción de la complejidad”.

⁷⁶ LUHMANN, Niklas. **Confianza**. Introducción de Darío Rodríguez Mansilla. Barcelona: Anthrops; México: Ed. Universidad Iberoamericana; Santiago de Chile: Instituto de Sociología: Ed. Pontificia Universidad Católica de Chile,1996. p. 164.

reduzidos a eles. A confiança não é a única razão para o mundo, mas uma concepção muito complexa e estruturada do mundo não poderia ser estabelecida sem uma sociedade definitivamente complexa, que ao mesmo tempo não poderia ser estabelecida sem confiança. (tradução nossa)⁷⁷

Nessa busca pela confiança tanto na estrutura do hospital universitário quanto em sua equipe multiprofissional, nos registros médicos e em todas as informações que permeiam o sistema de saúde e, principalmente, o sistema da saúde oferecido pelo SUS, vem a defesa das demandas judiciais, nas quais se objetiva a comprovação de que todo o atendimento foi realizado com toda a prática médica recomendada e todo o procedimento está devidamente registrado e pode ser utilizado como prova incontestável em processos judiciais.

Para demonstrar como ocorrem as defesas das demandas judiciais e a comprovação que os atendimentos tiveram o registro de todas as informações necessárias, serão apresentadas a seguir decisões judiciais que deixam evidentes as ocorrências relacionadas com falhas de comunicação, assim como em sua incompreensão.

3.2.1 Estudo de Casos: a Comunicação nas Relações Médico, Paciente/Família, em Demandas Ajuizadas Contra o HUOP

A seguir, destacam-se alguns excertos extraídos de 08 (oito) sentenças de ações de indenização⁷⁸ que julgaram procedentes ou improcedentes os respectivos pedidos e que tiveram como um dos fundamentos a eficiência na forma

⁷⁷ La confianza reduce la complejidad social yendo más allá de la información disponible y generalizando las expectativas de conducta en que se reemplaza La información que falta con una seguridad internamente garantizada. De este modo, es dependiente de los otros mecanismos de reducción desarrollados paralelamente con ésta, por ejemplo, los de la ley, de la organización y, por supuesto, los del lenguaje, sin embargo, no puede reducirse a ellos. La confianza no es la única razón del mundo, pero una concepción muy compleja y estructurada del mundo no podría establecerse sin una sociedad definitivamente compleja, que a La vez no podría establecerse sin la confianza.

⁷⁸ Todas as demandas utilizadas para este estudo têm como polo passivo a Unioeste e estão disponíveis no sistema PROJUDI, e não estão sob sigilo de justiça, contudo, os dados dos processos foram suprimidos em virtude da ética profissional, pois o objeto de estudo é a questão dos problemas de comunicação identificados nas sentenças.

e registro das informações ou a ausência de informação, em demonstração clara que a comunicação, quando eficaz, pode mudar a forma que o paciente receberá o resultado do seu atendimento.

Caso 1: Aborto involuntário⁷⁹

A paciente deu entrada no HUOP, com dores, foi medicada, dentro do protocolo previsto e liberada. Sofreu aborto e, culpou o hospital. Todo o procedimento estava devidamente registrado no prontuário médico:

Narra a inicial que em 10 de janeiro de 2011 a autora foi até o HUOP – segundo réu, pois sentia dores abdominais e sangramento; **demorou pra ser atendida, e ainda a médica/denunciada não lhe deu a devida atenção**, tendo-a liberado, apenas indicando um remédio, tendo por este motivo, após dois dias, sofrido o aborto, o que lhe causou dano moral.

[...]

Além disso, restou incontroverso que a autora, com 9 semanas de gestação, ainda não havia iniciado o pré-natal, ou seja, não havia feito qualquer tipo de acompanhamento médico, configurando-se um descuido com a gestação, ou seja, auto-negligência. Registre-se, por oportuno, que a autora baseia sua pretensão principalmente na alegação de que restou frustrado seu sonho de ter tido o filho, mas sabe-se que a autora já possui dois filhos, e além disso, na data da audiência de instrução referente a estes autos, a autora se encontrava grávida, e ainda, com gravidez de risco. É o que informou seu procurador, bem como juntou documentos probantes (mov. 141.1). Não se desconsidera, de forma alguma, a dor da perda de um filho ainda no ventre, entretanto, verificadas tais circunstâncias, não se afigura presente o suposto dano decorrente da conduta da médica/denunciada, que agiu corretamente ao indicar o procedimento de rotina para a autora naquele momento, além de que, como visto, não existe na medicina procedimento específico e certo para evitar o aborto, como também, há de se considerar o alto índice de aborto nas primeiras 20 semanas de gestação, não tendo que se falar em “erro médico” *in casu*. Nem se diga que ao se consultar no hospital, seria suficiente, por si só, para evitar o aborto. (Grifo nosso).

Mais uma vez, o olhar, ouvir e entender que as queixas que o paciente apresenta nesse momento são reflexos do que ele está sentindo e que o profissional da saúde não pode ignorar ou demonstrar ao paciente que sua dor e angústia não são significativas. Como se denota da observação da autora da ação judicial “a

⁷⁹ A ação completa está no arquivo da Procuradoria Jurídica da Unioeste.

médica/denunciada não lhe deu a devida atenção” o descontentamento com a forma com que o atendimento foi realizado foi a motivação da ação judicial. Assim, fica evidente que a relação médico, paciente/família deve ser pautada na humanização do atendimento.

A base da comunicação adequada é a empatia, pois permite que o médico reconheça a posição de seu paciente e possa sentir nele o que sentiria, caso se encontrasse em situação correspondente e, assim, sintonizar e cooperar com o paciente, independente da verticalidade técnica do relacionamento. Mas é sabido que, na prática cotidiana, isso é quase imperceptível ou posto em ação. Em muitos dos casos, verifica-se que a comunicação fica truncada ou incompreendida pelo paciente, pois o médico utiliza uma linguagem eivada de termos e expressões técnicas e próprias do jargão médico, o que torna sua compreensão muito difícil para os pacientes e resulta em sua conseqüente insatisfação. Confirma-se aí que o tecnicismo muitas vezes prevalece sobre o aspecto humano, demonstrando como se estabelece a dificuldade na relação médico e paciente.

No caso em tela, o procedimento foi adequado, mas a paciente concluiu que a demora e a forma em que foi tratada foi o fato gerador do aborto, ou seja, se no ato do atendimento todas as informações tivessem sido comunicadas e devidamente registradas em seu prontuário com a ciência da paciente ou de seus familiares, certamente essa ação judicial inexistiria.

Caso 2: Gravidez após cirurgia de laqueadura tubária⁸⁰

A paciente foi submetida à cirurgia de laqueadura tubária, no entanto engravidou e acusou o hospital por erro no procedimento. Porém, estava devidamente registrado no prontuário que foi informado à paciente que o procedimento não era 100% seguro para evitar uma gravidez:

Narrou a parte autora, em síntese, que objetivava não ter mais filhos pela dificuldade financeira, submetendo-se à intervenção cirúrgica de laqueadura tubária. Para tanto, assinou documentos e estes davam conta de ser um procedimento de difícil reversão. Informa no que no pós-operatório soube que além da laqueadura tubária foi realizada a

⁸⁰ A ação completa está no arquivo da Procuradoria Jurídica da Unioeste.

perineoplastia, procedimento que não estava autorizado pela autora. Afirma que engravidou após passados dois anos do procedimento de laqueadura. Alega que não foi informada quanto à reversibilidade da Laqueadura, bem como à possibilidade de uma nova gravidez. Aduz que foi lesada em razão da má prestação do serviço da ré, haja vista não ter prestado à autora as informações necessárias.

[...]

Por isso, a controvérsia neste caso, como já anteriormente fixado, se resume a saber a) a (in)eficácia do procedimento adotado (“laqueadura tubária”) **e as informações prestadas a respeito**; b) a necessidade da “Perineoplastia” e a existência de prejuízo daí decorrente para a autora/paciente; c) falha na prestação do serviço público; d) dano moral indenizável.

Até porque, um procedimento mal feito pelo profissional da saúde, poderia vir a ensejar uma indenização por dano moral, **bem como a falta de informação sobre os procedimentos realizados**. Entretanto, este não é o caso dos autos, como pretende fazer crer a parte autora, isso porque, a autora foi submetida à cirurgia de laqueadura e perineoplastia conforme técnicas e protocolos médicos, bem como foi informada das vantagens e desvantagens da Laqueadura Tubária.

[...]

Ressalta-se, que além de ter ficado comprovado que o procedimento de laqueadura não é 100% eficaz, das demais provas constantes aos autos, **verifica-se a inocorrência do alegado pela autora quanto à ausência de informação acerca da possibilidade de gravidez após a realização da laqueadura**. Conforme consta no prontuário médico da paciente/autora (seq. 63), ela e seu marido foram informados sobre as vantagens e desvantagens do procedimento, constando também que a Laqueadura é de “difícil” reversão, ou seja, não é impossível. Portanto, inexistiu má prestação de serviço, erro médico e ausência de informação quanto à *in casu* reversibilidade da laqueadura tubária, não havendo que se falar em indenização.

Nesse caso, fica evidente a importância dos registros, tanto para o hospital quanto para o médico e para o paciente. Sendo que ficou comprovado que a paciente recebeu todas as informações que o caso necessitava.

A ausência dos registros sobre o que foi informado à paciente resultaria no dever de indenizar, portanto, mais uma vez denota-se a importância do objeto em estudo. É preciso destacar que o registro pode corroborar a informação verbal, pois a comunicação escrita é uma forma de comunicação fidedigna e, no caso de atendimento à saúde, pode ser uma forma de certificar que o paciente e seus familiares estão tendo acesso às informações necessárias, tanto sobre o atendimento durante a hospitalização quanto em relação aos cuidados que deverão ser tomados quando da alta médica.

Contudo, embora as informações tenham sido comunicadas, elas certamente não foram compreendidas ou aceitas, ou seja, não houve a confirmação de que a paciente entendeu o procedimento realizado e a possibilidade de uma gravidez não programada ocorrer.

Cabe enfatizar que, em casos semelhantes, a informação escrita com a ciência da paciente, poderia ser a solução, pois ela teria um documento emitido pelo hospital sobre o procedimento realizado e a possibilidade de nova gravidez.

Caso 3: Não realização de laqueadura tubária por falta de protocolo de solicitação⁸¹

A paciente relata ter informado ao médico, durante o acompanhamento pré-natal, que pretendia fazer laqueadura tubária no momento do parto, contudo tal solicitação não seguiu o protocolo necessário. A paciente, entendendo que aquela primeira manifestação havia chegado até o hospital, acreditou que o procedimento foi realizado no momento do parto, todavia, passado algum tempo a paciente engravidou e culpou o hospital por erro no procedimento:

Trata-se de “Ação de Indenização por Erro Médico c/c Pedido de Dano Material, Corporal, Moral e Estético ”promovida por XXX e XXX, devidamente representado por sua genitora, em desfavor da Universidade Estadual do Oeste do Paraná –Unioeste e de XXX, por meio da qual objetivam a condenação dos réus ao pagamento de indenização por supostos danos materiais e morais sofridos **em decorrência de alegada omissão de informação sobre a não realização e cirurgia de “laqueadura tubária” durante operação cesariana**, o que teria culminado em posterior gravidez inicialmente não desejada.

[...]

... compulsando a petição inicial, denota-se que a autora aduziu, em suma, que engravidou no ano de 2012, e que, por ter passado por duas outras gestações complicadas, com dois bebês natimortos, efetuou junto ao “Departamento de Atenção à Saúde do Município de XXX” requerimento de realização de laqueadura tubária quando do nascimento do filho que na ocasião esperava. Narrou, ainda, que no dia 12/07/2012, com 42 (quarenta e duas) semanas de gestação, foi internada no Hospital Universitário do Oeste do Paraná e submetida a parto cesariano, tendo nascido o seu filho XXX. Nessa oportunidade, **aduziu a requerente que teve a convicção de que o procedimento**

⁸¹ A ação completa está no arquivo da Procuradoria Jurídica da Unioeste.

de esterilização foi realizado no momento do parto, uma vez que encaminhou tal requerimento com 3 (três) meses de antecedência a sua realização. Todavia, no ano de 2013, a demandante foi surpreendida com uma nova gestação. Aduziu que, em decorrência de tal evento, e levando em conta o contexto negativo das gravidezes anteriores, passou a sofrer de crises depressivas.

[...]

Com efeito, o cerne da questão reside na averiguação de eventual **falha na prestação do serviço médico, ao deixar de informar a paciente sobre a não realização do procedimento de laqueadura tubária.**

[...]

De uma análise acurada de tal documento, verifica-se que se trata de solicitação genérica, elaborada nos termos do artigo 10, §1º, da Lei 9.263/1996, na qual não consta qualquer observação a respeito do momento em que a laqueadura deveria ser realizada.

[...]

Prosseguindo na análise da prova contida nos autos, destaque-se o teor do documento juntado ao prontuário médico, denominado “evolução paciente” (evento 1.16 –pág. 61), o qual se trata de documento que expressa as intercorrências relativas ao atendimento prestado à autora no momento da cesariana: Argumentou a autora, nesse particular, que o fato de ter constado a expressão “Admitida às 11:50hs para cessaria com pedido de LT(...)” (laqueadura tubária) comprovaria que os réus tiveram ciência de que sua intenção seria realizar o procedimento no momento do parto, **o que importaria na existência do dever de informação.**

[...]

Assim, diante desses elementos, conclui-se que a autora não se desincumbiu do ônus de comprovar que os réus assumiram expressamente **o dever de informação e efetivamente o violaram, o que descaracteriza a configuração do dever de indenizar suscitado na inicial.**

No caso apresentado, denota-se que não houve a informação, escrita ou verbal, de que a laqueadura tubária houvesse sido realizada, ou seja, a paciente concluiu que o simples pedido fosse suficiente para o procedimento e que, portanto, o procedimento foi realizado. Assim, resta mais uma vez comprovado que o registro dos procedimentos é crucial para qualquer ação seja ela judicial ou administrativa.

Esse caso é também um exemplo concreto da improbabilidade de comunicação. Clarifica-se que a comunicação efetiva não ocorreu, com relação ao pedido de laqueadura, entre a médica que realizou o pré-natal da paciente, o serviço de saúde do pré-natal e a equipe do hospital que fez o parto. Do mesmo modo, deu-se a improbabilidade entre o hospital e a paciente antes, durante e após o parto. Ou seja, a comunicação foi eivada de falhas de todos os envolvidos, mas o que levou ao

resultado em favor da Unioeste foi o prontuário médico da paciente que continha o registro dos procedimentos.

Caso 4: Exame de HIV com erro no lançamento do resultado⁸²

O exame de HIV realizado para a paciente teve como resultado “não reagente”, contudo, o profissional no momento da digitação do laudo escreveu “reagente”. Esse resultado não condizia com o registrado no sistema do hospital, o que resultou na não aplicação do protocolo previsto para o caso de teste de HIV “reagente”, entre esses estaria um novo teste para contraprova:

Trata-se de recurso de apelação interposto contra a sentença de mov. 61.1, proferida pelo MM Juiz de Direito da Vara da Fazenda Pública da Comarca de Cascavel, em ação de indenização, ajuizada por XXX em face de UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA – UNIOESTE, nos autos sob nº XXX, por meio da qual julgou improcedente o pedido da parte autora, sob o entendimento de ausência de comprovação donexo causal e da sustentada culpa da ré pelo evento danoso, bem como condenou-a ao pagamento das custas judiciais e da verba honorária, arbitrada em 10% (dez por cento) do valor da causa, em conformidade com o art. 20, §3º, do CPC/73, atualizável a partir da data da sentença com base no IPCA e acrescidos de juros de mora de 1% (um por cento) a partir do trânsito em julgado.

Alega a apelante (mov. 67.1), em síntese, que não fora comunicada do erro de digitação e, igualmente, da possibilidade de o teste ser “falso positivo”; não houve a realização de segundo teste, de contraprova, conforme determina a Portaria regente à época; houve falha no atendimento da paciente e, por tal motivo, deve ser indenizada pelos danos morais que alega ter sofrido, invocando a portaria SVS/MS n. 151/2009.

[...]

Presentes os pressupostos de admissibilidade, é de ser conhecido o recurso.

Consiste o objeto da insurgência recursal no reconhecimento da configuração da responsabilidade civil da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, em virtude de ter divulgado resultado de teste de HIV como positivo, quando na verdade ocorreu erro na transcrição do resultado do exame. Onde deveria constar “não reagente”, constou “reagente”.

[...]

Alega a parte autora que está presente o dever de indenizar da Universidade, ora ré/apelada, uma vez que houve erro na transcrição do resultado do exame e digitação do laudo, sem ter sido ao menos

⁸² A ação completa está no arquivo da Procuradoria Jurídica da Unioeste.

alertada de que quando o exame conclui como “reagente”, poderia se tratar de um “falso positivo”.

Nesse ponto, foi inquirida a testemunha XXX, o qual afirma que: “faz parte dos procedimentos legais e técnicos que envolvem os exames laboratoriais na Universidade, ora ré. Afirmou que em 2009, a Portaria que regia o procedimento era a n. 155/2009 e nela constava que, no caso de resultado positivo, deveria ser feito outro teste. Todavia, no caso da autora, o que ocorreu foi um erro de digitação, ao invés de constar “não reagente” para o vírus, constou “reagente” e, por tal motivo, não foi realizado o segundo teste imediatamente, sendo ela encaminhada para o CEDIP por orientação médica. Não soube dizer se foi comunicado à paciente sobre a possibilidade de ser um resultado de “falso positivo” ou sobre o erro de digitação.

[...]

Assim, pelas orientações nela dispostas, realizado o teste e sendo o resultado positivo, deve ser realizada uma nova coleta, imediatamente, para comparação dos resultados, o que não foi cumprido no caso da autora. Até porque, o que ocorreu no caso foi um **erro de digitação** e não um falso positivo, ou seja, um erro laboratorial.

[...]

É sabido que o exame laboratorial deve ser efetuado com a técnica adequada e respeitado o direito de informação. O resultado pode sofrer influência de uma infinidade de fatores pertinentes ao ser humano e ainda não totalmente desvendados pela ciência.

Em princípio, deve ser destacado que o resultado alterado, por si só, não caracteriza defeito no serviço da Universidade, uma vez que vários fatores podem contribuir para a alteração no exame, cabendo sempre ao médico interpretar os dados. Mas, ao contrário, no caso em análise, não se está diante do chamado falso-positivo, mas sim de um erro de digitação e de conferência no exame que gerou diversas consequências no âmbito fático e psicológico da demandante.

A Universidade, prestadora dos serviços, deveria ter sido mais cautelosa ao entregar o resultado do teste em questão, já que a existência de informações controvertidas em seu texto deixa o paciente em situação de desespero, ainda mais que, pelo que consta dos autos, a autora sequer foi informada acerca da possibilidade de o exame poder constituir um “falso positivo”.

Comprovado está, portanto, o dever de indenizar do Hospital pelo descumprimento da obrigação que assumira, na medida em que o resultado não se revelou veraz e nada há, nos autos, que possa desconstituir essa realidade.

Em decorrência do erro na transcrição do resultado do exame de HIV para positivo, a parte autora afirma ter sofrido grave abalo moral, pois acreditou, durante certo período de tempo, ser portadora de moléstia incurável, que produziria sérias repercussões ao longo de toda a sua vida.

O descuido com o registro do resultado do exame e a ausência de uma conferência para orientar o paciente gerou a condenação da Universidade, ou seja, a informação correta no prontuário do paciente seria suficiente não só para evitar a

condenação da Universidade, mas sobretudo, evitar o sofrimento da paciente com a notícia equivocada de que era portadora do vírus HIV.

A não conferência do laudo por membro da equipe do laboratório do HUOP, antes da entrega do documento do exame, gerou para a paciente a desordem pessoal ocorrida, o transtorno definido como abalo moral, pelo qual a instituição foi condenada. É fundamental destacar que, nesse caso, não houve comunicação efetiva e aplicação do protocolo correto para o caso de teste de HIV positivo, pois a compreensão do laboratório do HUOP é de que o teste era negativo, o que se verificou, afinal, correto. Comprova-se, porém, a importância dos registros dos procedimentos e dos resultados de exames e de um protocolo de conferência deles.

Caso 5: Sequelas decorrentes de fratura e não do procedimento médico⁸³

O paciente que sofreu uma fratura no cotovelo e foi submetido à cirurgia, deveria ter retornado ao HUOP para acompanhamento, três semanas após a cirurgia. Porém, só retornou após encontrar dificuldade para movimentar o braço. Nesse caso não houve erro de procedimento, mas falta de cuidado do próprio paciente e de seus genitores:

Trata-se de “Ação de Indenização por Erro Médico” promovida por **XXX**, representado por sua genitora **XXX**, em face da **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE** e do **ESTADO DO PARANÁ**, por meio da qual se objetiva a condenação dos réus ao pagamento de indenização e pensão vitalícia por danos alegadamente sofridos por erro médico em procedimento cirúrgico relativo à fratura de cotovelo.

[...]

Logo, como a questão posta em julgamento versa sobre a responsabilidade do médico atuante no caso, deverá ser analisada com fulcro nos postulados da responsabilização subjetiva.

- Do evento danoso

Narrou a parte autora, em apertada síntese, que quando da realização de procedimento cirúrgico relativo à fratura sofrida no cotovelo, o respectivo médico, vinculado aos réus, teria sido negligente e causado danos à saúde do menor, eis que foi necessária a realização de segunda cirurgia pela ocorrência da complicação de ossificação heterotópica, que seria conseqüente de erro cometido no primeiro procedimento realizado.

⁸³ A ação completa está no arquivo da Procuradoria Jurídica da Unioeste.

Sustenta, assim, que devem os réus ser responsabilizados pelos danos ocasionados, tanto materiais, pela perda de mobilidade no cotovelo, com o pagamento de pensão vitalícia, quanto morais, pelo abalo sofrido.

Os réus, por sua vez e resumidamente, argumentam que inexistente nexo de causalidade entre o procedimento realizado pelo médico e os danos sofridos, e, ainda, que o protocolo indicado ao caso foi rigorosamente observado.

Estabelecidas tais premissas, constata-se dos autos que restou incontroverso que o autor, menor impúbere, de fato foi vítima de acidente doméstico que culminou com fratura em seu cotovelo esquerdo, tendo sido necessária a realização de procedimento cirúrgico. Também é possível constatar que, após a realização da primeira cirurgia, ocorreu a noticiada “ossificação heterotópica”, que consiste na presença de tecido ósseo em locais onde normalmente não existem ossos (eventos 1.11 e 37.7), o que ensejou a realização de segunda cirurgia.

Contudo, examinando-se o acervo probatório trazido aos autos, vislumbra-se que a parte autora não logrou êxito em provar o fato constitutivo do seu direito, qual seja, o nexo de causalidade entre o atendimento médico prestado e a complicação citada que teria demandado a realização de nova cirurgia, bem como deixou de trazer elementos suficientes para demonstrar a extensão dos danos alegados, ônus que lhe incumbia à luz do art. 373, inciso I do Código de Processo Civil⁵.

Com efeito, compulsando-se, primeiramente, o laudo pericial anexado no evento 175.1, constata-se que o perito nomeado confirmou que o procedimento cirúrgico realizado no autor era o indicado ao caso de acordo com a literatura médica, conforme extrai-se da resposta dos itens “1”, “2” e “3” dos quesitos da parte autora e “1” e “2” dos quesitos da UNIOESTE.

Sem prejuízo, também informou que as sequelas sofridas pelo menor poderiam ser decorrentes apenas da fratura e não necessariamente de erro no tratamento, e que não há indícios de que a conduta do médico tenha sido negligente, imprudente ou imperita, senão vejamos: [...]

De outro norte, foi demonstrado nos autos que o médico que realizou a primeira cirurgia, Dr. XXX, **informou aos genitores do autor sobre a necessidade de retorno em três semanas após a cirurgia** (cf. documentos de eventos 1.7 e 37.4, fls. 13), o qual, contudo, aparentemente ocorreu somente após quatro meses, de acordo com as próprias alegações da exordial. Em que pese tenha sido informado ao perito nomeado que o atraso teria ocorrido em razão de greve, a ocorrência de tal circunstância não foi comprovada.

[...]

Portanto, diante da ausência de comprovação do nexo de causalidade entre a conduta médica e os danos alegadamente sofridos, não sendo possível verificar nenhum erro ou falha na prestação dos serviços, bem como diante da inexistência de incapacidade ou de grande limitação na mobilidade do autor, a improcedência integral da pretensão indenizatória é medida de rigor.

Na presente ação, o médico informou e registrou no prontuário que o menor deveria retornar em 3 semanas para o acompanhamento, o que não ocorreu e pode

ter agravado a situação da fratura. O cenário da causa seria diferente caso não houvesse o registro dessa informação aos genitores. Nesse cenário, confirma-se a relevância de as informações estarem todas registradas no respectivo prontuário; porém, verifica-se que esse registro não é suficiente pois, embora os procedimentos e resultados possam ter sido informados aos genitores, certamente não houve clareza suficiente no comunicado sobre a necessidade do retorno e não houve confirmação se essa compreensão havia ocorrido. Portanto, o que se evidencia é que os familiares ou não entenderam a informação ou não assimilaram a importância dela para a recuperação do filho.

Essa incompreensão pode estar diretamente associada à forma ou ao vocabulário utilizado no momento da fala ou a outro elemento oriundo do *stress* natural da situação, assim, pode-se concluir que houve a comunicação aos familiares, mas que não foi confirmada a compreensão necessária da continuidade do atendimento, por alguma forma de *feed back*.

Não há dúvida de que o estabelecimento de uma boa relação entre o médico e o paciente, baseada no respeito à pessoa da vítima, pode evitar a ocorrência de processos judiciais. Portanto, necessita-se da concretização de uma relação empática, que permita o desenvolvimento da confiança não só entre médicos e seus pacientes, mas também com seus familiares. Este pode ser o caminho para evitar situações de incompreensão ou insegurança fatores que, frequentemente, motivam as demandas judiciais.

Caso 6: Demora excessiva para realização de cirurgia para recolocação de calota craniana⁸⁴

A paciente deu entrada no HUOP, após sofrer grave acidente de motocicleta. Foi submetida à cirurgia em que foi necessário retirar parte da calota craniana. Sem explicação ou os registros devidos, a cirurgia de recolocação que deveria ter ocorrido pouco tempo depois (40 dias) demorou um tempo muito maior. O hospital não tomou providências adequadas para a aquisição da prótese para substituir a parte óssea retirada:

⁸⁴ A ação completa está no arquivo da Procuradoria Jurídica da Unioeste.

Trata-se de “Ação de Obrigação de Fazer c/c Pedido de Indenização por Danos Morais e Lucros Cessantes e Pedido de Tutela Antecipada” promovida por XXX em desfavor do Estado do Paraná e da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, por meio da qual se objetiva a condenação dos réus ao pagamento de indenização por supostos danos ocasionados em virtude de erro em atendimento hospitalar, além da obrigação de fazer, em sede liminar, consistente em realização de procedimento cirúrgico.

[...]

Assim, no caso em tela, a imputação da responsabilidade ao ente público passa pela perquirição dos pressupostos do nexos de causalidade, do dano e, ainda, do dever legal de atuação do Estado (faute du service), devendo-se averiguar, quanto a este último elemento, a existência de omissão negligente.

[...]

Analisando-se os documentos juntados aos autos, denota-se que a autora foi atendida pelo Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP, no dia 11.05.2011, em razão de acidente de trânsito (evento 1.10). O diagnóstico foi de traumatismo crânio-encefálico (TCE) grave, sendo realizado procedimento cirúrgico com craniectomia, após exames (eventos 1.25/1.27), no dia 13.05.2011 (evento 1.12), permanecendo a autora em internamento por mais alguns dias (cf. eventos 1.13/1.24) e recebendo alta no dia 09.06.2011 (evento 1.25). Outrossim, segundo declaração médica (evento 1.8), a parte óssea do crânio retirada da autora foi acondicionada em dois sacos plásticos estéreis, sendo entregue à equipe de enfermagem para congelamento.

Consta, ainda, dos autos, que a autora foi novamente internada para recolocação da parte óssea, mas, após alguns dias, optou-se por não realizar o procedimento, sendo novamente concedida alta hospitalar (cf. evento 1.29), sem, alegadamente, qualquer justificativa.

Posteriormente, em razão de decisão proferida nos presentes autos, foi promovida nova cirurgia para reconstrução craniana com prótese, no dia 24.07.2015 (cf. evento 138.1).

Sustenta a autora, no entanto, que a demora na realização do segundo procedimento em razão da perda de parte do osso de seu crânio, com posterior necessidade de realização de prótese, lhe causou sequelas e danos, devendo os requeridos serem responsabilizados.

[...]

A respeito do caso específico da autora, também consignou o perito: “Internada para reposição da calota craniana em 25/09/2012, mas no dia 04/10/2012 alta após realizar tomografia em 3D. Nenhuma informação médica, em prontuário, indicando a razão da desistência do reimplante da calota e opção pela prótese. (...)”

No movimento 1.29, do primeiro ao sétimo dia sempre relato de aguardar a cirurgia e estar ansiosa, quando então surge a informação “aguarda cranioplastia, Dr. Marcius entrará em contato com o Dr. Amaury, para conseguir prótese. Repetida a informação no oitavo dia e no nono dia Dr. Marcius solicita tomografia 3D, para definição do tamanho da prótese. Alta provável após a realização do exame, e cranioplastia assim que conseguirem a prótese. No décimo dia realiza a tomografia e tem alta. No movimento 63.1 existe relato de que a equipe de enfermagem acondicionou o material da melhor maneira possível, porém, problemas técnicos e biológicos inviabilizaram a recolocação do material. No movimento 49.2 novamente é dito que o

neurologista solicita tomografia 3D, que é realizada em janeiro de 2014, exame que já teria sido realizado em 2012. (...)

É possível afirmar que houve prestação de serviços médicos e hospitalares de maneira eficiente, quando do atendimento ao grave traumatismo crânio encefálico, possibilitando a preservação da vida e a redução das sequelas que tais lesões potencialmente provocariam. Que quando da alta médica ainda havia limitações e alterações neurológicas, que necessitavam de acompanhamento médico. (...)

Não existe informação do momento em que se verificou a impossibilidade do uso do osso. Se prévio ao internamento ou durante o mesmo. O que se verifica, no entanto, foi um internamento prolongado e que se estendeu ainda mais para a realização de Tomografia em 3D, que serviria para a confecção da prótese. Sem explicação nos autos, já que a tomografia teria sido realizada em 2012, da demora na confecção da prótese e nova tomografia apenas em 2014.

Segundo a literatura anexa, a melhora do prognóstico neurológico é mais evidente em doentes operados antes dos seis meses, o que não aconteceu no caso em questão.

Conclusão: As principais sequelas presentes na autora têm nexos com o acidente e as lesões provocadas pelo mesmo. Houve um longo período sem a cranioplastia, não por opção médica, mas por uma questão de logística. Os efeitos desse longo período sem a reconstrução, não se limitam aos aspectos estéticos, mas também sociais, emocionais e funcionais, mas sem elementos que permitam sua mensuração. (grifos não constantes do original)

Assim, conclui que houve efetiva demora na reconstrução na realização da cranioplastia (cirurgia para recolocação da parte óssea), não tendo sido justificada a impossibilidade de reutilização do osso retirado do crânio da autora.

[...]

Consignou, ainda, o laudo pericial que: “Houve um longo período sem a cranioplastia, não por opção médica, mas por uma questão de logística.”

[...]

Consequentemente, por meio da prova oral, documental e pericial produzida, restou demonstrado que houve demora injustificada na realização do segundo procedimento, assim como que embora as sequelas da autora tenham decorrido, majoritariamente, do próprio acidente sofrido, podem, também, ter do período em que permaneceu, demasiada e injustificadamente, sem a realização da cranioplastia. Ademais, comprovou-se que a melhora do quadro de saúde nos pacientes em situação semelhante é mais evidente quando a cranioplastia é realizada em até seis meses, bem como que a autora não teve acompanhamento médico adequado durante o período em que aguardou a realização do procedimento cirúrgico (o qual somente foi promovido em razão de decisão judicial, quatro anos após o acidente).

Com efeito, como mencionou o laudo pericial, atualmente, ainda, a autora possui “disfasia leve, marcha com discreto desequilíbrio, anda nas pontas dos pés e calcanhares, mas com certa dificuldade de coordenação”.

Desta feita, restou demonstrada, ainda que em menor medida do que foi alegado em sede inicial, a existência de nexos de causalidade entre as sequelas adquiridas pela requerente e o atendimento médico

prestado pelos réus. Ademais, também existe culpa, caracterizada pela omissão negligente, na medida em que o procedimento cirúrgico somente foi realizado quatro anos após o trauma, especialmente em razão da demora injustificada para elaboração da prótese e a ausência de motivação para inutilização do osso originário, assim como pela ausência de acompanhamento médico adequado durante o período de espera do procedimento.

[...]

Ainda, importante reiterar que não houve justificativa para a demora na realização do procedimento no caso em tela. Consigne-se, por oportuno, que o Estado tem o dever de proporcionar saúde a todos os indivíduos, nos termos da Constituição Federal, e, não cumprindo tal obrigação, cabe ao cidadão prejudicado buscar a reparação por tal violação do texto constitucional.

Outrossim, ainda que assim não fosse, os requeridos deixaram de produzir provas no sentido de que não existiriam recursos ou disponibilidade para realização do procedimento.

[...]

No caso dos autos, o dano moral é evidente, uma vez que o fato de não ter sido prestado o devido atendimento médico pós-operatório, o que levou a causar sequelas à autora, por si só configura prejuízo moral, na medida em que tal evento causou abalo físico e psicológico.

Portanto, como demonstrado inclusive por meio da prova oral produzida, a requerente experimentou prejuízos de ordem extrapatrimonial, que indelevelmente ultrapassam a seara dos meros aborrecimentos, e, ainda que não possam ser integralmente sanados, devem ser objeto da pertinente reparação financeira.

Por essas razões, considerando as lesões sofridas, a gravidade da ofensa, o caráter punitivo e compensatório atribuído à indenização do dano moral, o fato de que a maior parte das sequelas foram causadas pelo próprio acidente e as condições econômicas das partes envolvidas, deve dita indenização ser arbitrada em R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais), porquanto a fixação deve-se dar em termos razoáveis, com atenção a realidade da vida, a situação econômica atual e a equivalência do dano e seu ressarcimento.

No presente atendimento, faltou o registro da guarda da parte óssea e a sua condição quando do internamento para a cirurgia, assim como faltou registrar no prontuário a razão da não realização do procedimento. Denota-se ainda, uma falha de comunicação para a aquisição da prótese em substituição a parte óssea retirada. Certamente, a ausência dessas intercorrências de comunicação poderia ter mudado o cenário da condenação, ou mesmo a ação judicial não existiria.

A discussão apresentada confirma a hipótese apresentada, sobretudo pela verificação nos processos e sentenças elencadas a importância da comunicação e do tratamento dispensado aos pacientes e seus familiares no que concerne ao fornecimento das informações. Todo o atendimento é consolidado pela presença da informação plena.

Vale ressaltar que diante das inúmeras disputas judiciais similares à mencionada, envolvendo médicos, hospitais e pacientes a prudência na relação médico-paciente e a correta escrituração do prontuário médico podem ser consideradas as vigas mestras que norteiam tais demandas. Não se justifica, hoje, a desinformação acerca da importância do prontuário para os profissionais de saúde, mormente quando o paciente está sob o cuidado de uma equipe multidisciplinar como é o caso do HUOP.

Caso 7: Demora excessiva para realização de cirurgia de revascularização, que resultou na amputação da perna⁸⁵

O paciente sofreu uma fratura durante jogo de futebol. Foi atendido em campo, encaminhado para a UPA e depois para o HUOP. O médico da UPA não encaminhou as informações completas para o HUOP, o que levou a realização de exames desnecessários até chegar ao diagnóstico de cirurgia de revascularização. Ocorreu ainda que o médico vascular, que trabalha em plantão sobreaviso, somente compareceu ao hospital cerca de três horas após ser chamado, tendo decorrido um total de quase 06 (seis) horas após o acidente, ou seja, no tempo limite previsto para a probabilidade de sucesso na cirurgia.

Para melhor compreensão do caso em análise, é necessário trazer parte da decisão em sede de 1º grau, na qual restaram evidenciadas as falhas de comunicação, principalmente entre os profissionais que atenderam o paciente e sobretudo entre o HUOP e o médico vascular que estava de plantão sobreaviso:

XXX ajuizou ação de indenização em face de UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO e XXX, alegando que: sofreu lesão no joelho em 27/10/2013, às 18h19min, durante torneio de futebol; no local, não havia ambulância; às 19h02min, foi atendido pelo pronto socorro do XXX, apresentando dor, parestesia e ausência de pulso pedioso; lá, submeteu-se a exame de raio-X e recebeu diclofenaco; houve omissão do nosocômio, já que não tomadas providências adequadas ao fato; foi transferido às 20h; por falta de transporte, somente às 20h50min ingressou no HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIOESTE, o que revela desídia, ofensa à dignidade e ao direito à saúde, bem como vergastamento ao princípio da boa-fé objetiva; a

⁸⁵ A ação completa está no arquivo da Procuradoria Jurídica da Unioeste.

responsabilidade pela remoção está prevista no inciso VIII do art. 1º, assim como art. 2º, ambos da Resolução do Conselho Federal de Medicina; no HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIOESTE foi submetido a novo exame de raio-X, o que evidencia a descontinuidade do tratamento; teve que esperar até as 00h20min, quando foi submetido a cirurgia vascular (em vez de ter sido realizada dentro de 4 a 6h do trauma); o procedimento durou 10h30min, o que sugere imperícia; não foi realizada nova angiografia intra-operatória após a confecção da ponte-poplíteia para avaliação desta; o pós-operatório foi negligenciado, pois o autor apresentava intensa dor no membro inferior esquerdo e perfusão sanguínea prejudicada do pé; em 30/10, o demandante apresentou ausência de movimentação e perda da sensibilidade em toda a perna e pé; somente em 31/10 foi realizada arteriografia, o que revela imperícia (já que se constatara a inviabilidade do membro); havia prescrição de amputação do membro; em 01/11/2013, foi realizada a amputação do pé esquerdo no XXX; incide o Código de Defesa do Consumidor no caso em tela; as rés têm responsabilidade objetiva; o art. 29 do Regulamento Geral do 5ª Campeonato regional da XXX previa a solicitação de ambulância com enfermeiro, o que foi descumprido pelo XXX; sofreu danos materiais (estimados em R\$ 36.794,51), morais (sugeridos em 500 salários mínimos) e estéticos; trabalhava como agricultor, não mais podendo exercer este mister; entre abril de 2013 e a data do fato, arrendou área e recebeu R\$ 24.118,61; precisa a substituição periódica de prótese. Requer a procedência do pedido para condenar os réus ao pagamento de indenização por danos materiais, morais e estéticos, bem como pensão mensal vitalícia no valor de um salário mínimo, assim como determinar aos réus que forneçam próteses ao cabo da vida útil de cada qual. Juntou documentos.

[...]

O acidente esportivo de que sofreu o autor ocorreu **aproximadamente às 18h19min**, conforme certifica a súmula do jogo (sequência 1.5). Neste momento, ele foi substituído no jogo.

De sua parte, o documento da sequência 1.7 (prontuário médico) certifica que **o demandante foi recebido na Unidade de Pronto Atendimento Tancredo Neves, de Cascavel, às 19h02min**.

Em que pese o documento da sequência 1.6 (regulamento do torneio de futebol) insinue a responsabilidade do XXX em manter ambulância e enfermeiro ao tempo do evento esportivo, tenho que tal prova não se mostra suficiente para a comprovação do vínculo jurídico, seja porque o documento é apócrifo, seja porque a previsão normativa a que alude o autor é heterotópica. Com efeito, o preceito onde insculpida a referida obrigação está consignado em tópico relativo à duração do jogo, o que ofende o disposto na alínea "b" do inciso III do art. 11 da Lei Complementar Federal 95/1998. Portanto, para além da ausência de comprovação acerca da legitimidade do documento, tenho que o dispositivo em tela seria ilegal.

Além disso, o perito judicial confirmou que **um elastério de 40min para a locomoção do paciente até a UPA não se mostrou inadequado (fls. 11-12 da sequência 149)**.

Chegando à UPA, o requerente recebeu o diagnóstico de trauma no joelho esquerdo, com parestesia e ausência pulso pedioso esquerdo (sequência 1.7).

Como mencionado pelo perito judicial e também pelo médico que subscreveu o laudo da sequência 1.8, a constatação de ausência de

pulso pedioso evidencia falta de irrigação sanguínea da perna e pé esquerdos. Este quadro reflete sério comprometimento da artéria poplítea, o que traduz a existência de um **diagnóstico médico que impunha intervenção médica de urgência** (como referiam o perito judicial e o médico que subscreveu o documento da sequência 1.8).

Da mesma forma, tanto o perito judicial quanto o médico XXX afirmaram que, no âmbito da literatura médica, a vascularização deve ser restabelecida dentro de seis horas, sob risco de lesão tecidual irreversível (trombose).

A par deste quadro, o médico que atendeu XXX na UPA solicitou sua transferência às 20h (fl. 01 da sequência 1.7).

O autor foi encaminhado para o hospital da UNIOESTE, lá chegando às 20h50min (sequência 1.10).

Considerando o mapa juntado na sequência 1.9, que comprova que o percurso de carro entre os dois locais dura aproximadamente 3min, bem como considerado o contexto de emergência médica, tenho que **o elastério de 50min para transferência foi demasiado.**

[...]

Já no hospital da UNIOESTE, o autor foi submetido a consulta com ortopedista, e, dali, submetido a exame de raio-X (como revela o documento da fl. 01 da sequência 1.10).

Além disso, XXX, médico que atendeu XXX, **afirmou que o recebeu sem que soubesse de seu caso ou de sua vinda** (sequência 34.2).

Melhor dizendo, em vez de ser imediatamente encaminhado à cirurgia, XXX acabou renovando atos médicos preparatórios que, naquele contexto, já eram prescindíveis. Aliás, para coonestar esta perspectiva, valho-me do que mencionou o perito judicial, que atestou que os tratamentos prestados pelo hospital da UNIOESTE foram apenas parcialmente adequados (fl. 07 da sequência 149) – o perito aludiu à realização de exame de raio-X e encaminhamento para especialista de menor prognóstico como circunstâncias em desconformidade com ciência médica.

Este panorama endossa a ótica segundo a qual **não houve diálogo entre o médico da UPA e o médico da UNIOESTE**, o que reflete claro descumprimento ao disposto no art. 10 da Resolução 2.079/2014 do Conselho Federal de Medicina. *In verbis*:

[...]

Outrossim, houve descumprimento ao disposto no §2º e §3º do art. 17 da Resolução 2.077/2014 – CFM, que assim prescreve:

[...]

De resto, o perito judicial chancelou a existência denexo causal entre a condutas dos médicos e enfermeiros com relação à amputação do membro esquerdo de XXX.

De fato, ao responder o quesito 11 (fl. 08), o perito judicial afirmou que **a revascularização do membro foi realizada intempestivamente.**

Ainda, o profissional nomeado pelo Juízo ainda confirmou que **XXX não recebeu cuidados adequados no pós-operatório**, quando estava no corredor do pronto-socorro, **apresentando quadro de infecção hospitalar.**

[...]

Enfim, a prova oral coligida corroborou a perspectiva de que houve um primeiro diagnóstico de pulso pedioso, o que de pronto demandava urgente intervenção cirúrgica.

Esta circunstância deveria ter sido relatada pela UPA ao hospital universitário, porquanto justificava a urgência do quadro. Aliás, esta última testemunha chegou a ratificar a praxe no sentido de que haja troca de informações entre médicos no que tange ao quadro clínico grave de pacientes que são removidos.

[...]

A par do exposto, considero que o XXX agiu culposamente ao deixar de promover contato entre seus facultativos e os médicos do hospital da UNIOESTE para informar o quadro do paciente (rompendo o disposto no art. 10 da Resolução 2.079/2014 do Conselho Federal de Medicina) e escusando-se de realizar o transporte do paciente em caráter de urgência (realizando-se com o lapso temporal de 50min, em que pese possível de ser consumado em 3min, violando o disposto na alínea "a" do inciso VIII do art. 1º da Resolução 1.672/2003 e o art. 13 da Resolução 2.079/2014, ambas do Conselho Federal de Medicina). De sua parte, o hospital da UNIOESTE agiu culposamente ao repetir a realização de exames já consumados (como raio-X), encaminhar o paciente a especialista de menor prognóstico (mesmo diante da gravidade do quadro clínico e prévia existência de pulso pedioso), deixar de encaminhar o paciente imediatamente à cirurgia e não alcançar cuidados adequados ao demandante no pós-operatório (o que redundou na amputação de seu membro).

De resto, a matéria relativa à amputação do membro do demandante é incontroversa nos autos. E, de qualquer sorte, o perito judicial confirmou a incapacidade do requerente em função desse fato.

Por conseguinte, **assinalei conduta ilícita por parte dos réus**, a qual, reconhecido o nexo causal, redundou na amputação de membro do autor e sua consequente incapacidade.

Assim, XXX e UNIOESTE deverão indenizar o autor em virtude dos danos materiais, morais, estéticos que doravante arbitrarei. Havendo concurso de agentes (no caso, os réus) para a perpetração dos danos, incide o disposto no *caput* do art. 942 do CC, motivo pelo qual **a responsabilização é solidária**.

[...]

Em razão do exposto, JULGO PROCEDENTE EM PARTE o pedido, extinguindo o processo com resolução de mérito (conforme inciso I do art. 487 do CPC), para CONDENAR o XXX e UNIOESTE, em caráter solidário (conforme *caput* do art. 942 do CC), para:

RESSARCIR o autor, XXX, por danos materiais [...];

INDENIZAR o demandante, XXX, por danos morais, [...];

INDENIZAR o requerente, XXX, por danos estéticos, [...];

INDENIZAR o autor, XXX, por danos materiais, consubstanciados na incapacidade laboral [...];

PRESTAR ao demandante prótese de qualidade intermediária (de valor não superior a quarenta salários mínimos) tão logo se encerre a vida útil daquela que o demandante esteja utilizando. [...].

Assim, CONDENO as rés ao pagamento das custas processuais [...].

Ainda, tendo em vista o labor desenvolvido pelos procuradores do demandante, assim considerado o grau de zelo e a natureza da causa (incisos I e III do §2º do art. 85 do CPC), arbitro os honorários de sucumbência em percentual de 13% sobre o valor da condenação.

A demanda em questão configura exemplo claro de que a comunicação entre os profissionais da saúde é decisiva em alguns casos para o sucesso ou insucesso do atendimento.

Denota-se que não houve nenhum questionamento do paciente ou de seus familiares sobre os procedimentos que foram realizados, ou seja, eles tinham plena convicção de que, com exceção do fato de que o paciente recebeu atendimento no corredor do HUOP, os procedimentos estavam corretos. Logo, o que causou o resultado, amputação da perna, não foi um erro médico, mas a demora para a realização da cirurgia de revascularização, tendo como causa a demora excessiva para chegada do médico vascular que estava em plantão sobreaviso. Portanto, a comunicação entre o hospital/médico plantonista e o médico vascular não teve êxito para informar a real condição de urgência do caso e o seu comparecimento imediato ao hospital. Assim verificado, a demora na realização da cirurgia foi o motivador da condenação da Unioeste/HUOP. O excerto do Acórdão em sede de Apelação que afastou a responsabilidade do Município XXX, minorou o dano moral e estético e decidiu pelo não cabimento de pensão vitalícia, contudo ressalta a responsabilidade da Unioeste/HUOP pela demora na cirurgia de revascularização:

[...]PACIENTE QUE, TRANSPORTADO AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E MESMO DIANTE DO DIAGNÓSTICO INICIAL, AGUARDA POR CERCA DE 3 (TRÊS) HORAS PARA O ENCAMINHAMENTO AO CENTRO CIRÚRGICO. CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO INICIADA JÁ PASSADAS QUASE 6 (SEIS) HORAS DESDE A OCORRÊNCIA DA LESÃO. REVASCULARIZAÇÃO SEM ÊXITO. RESULTADO DIRETAMENTE RELACIONADO PELA PROVA NOS AUTOS À DEMORA NA CIRURGIA. (2.1) SUCESSO DA CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO QUE É DETERMINADO PELO TEMPO DECORRIDO ENTRE A LESÃO E O TRATAMENTO DE REVASCULARIZAÇÃO. LITERATURA MÉDICA QUE INDICA QUE O PROCEDIMENTO DEVE SER REALIZADO EM ATÉ 6 (SEIS) APÓS O SINISTRO [...]

Assim, evidencia-se a necessidade de reanálise do protocolo de acionamento de médico sobreaviso. Cabe esclarecer que o plantão sobreaviso é utilizado para aquelas especialidades que não têm um fluxo contínuo de atendimento, portanto, o mesmo deve comparecer ao hospital quando chega ao HUOP um paciente cujo quadro necessite de atendimento daquela especialidade como, no caso discutido, o médico vascular.

Caso 8: Indução ao parto normal quando havia sofrimento fetal⁸⁶

A paciente em questão procurou o HUOP em dois momentos sentindo dores que, no seu entendimento, eram decorrentes do início de trabalho de parto. No primeiro atendimento, a paciente foi liberada para retornar para casa pois não estava em trabalho de parto; no segundo atendimento foi induzido o parto normal. Para melhor compreensão do caso, das falhas de comunicação e protocolos adotados que levaram ao resultado trágico do atendimento, é necessário transcrever aqui grande parte da decisão judicial:

Trata-se de “*Ação Indenizatória*” promovida por **XXX, XXX e XXX**, em desfavor da **Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste**, por meio da qual a autora objetiva a condenação dos réus ao pagamento de indenização por supostos danos materiais e morais decorrentes de alegada falha na prestação do serviço médico, circunstância que teria ocasionado o falecimento de seu filho recém-nascido.

[]

Logo, como a questão posta em julgamento versa tanto sobre a falha na prestação do serviço de saúde, quanto sobre a alegação de erro na conduta dos médicos que atenderam a autora no âmbito do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP (encaminhamento para cesariana ou imediata realização de parto normal), a demanda será analisada sob a ótica da responsabilidade subjetiva.

Estabelecida tal premissa, compulsando a inicial, verifica-se que a primeira autora narrou que, no dia 29/10/2009, às 15h20min, ao sentir as primeiras contrações, foi encaminhada ao Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP para realização de parto.

Relatou que, ao chegar ao Hospital, uma enfermeira teria realizado exame de “toque”, informando que estaria com “7 de dilatação” e que o bebê estaria prestes a nascer, informação que foi contestada, após, pelo então médico obstetra, Dr. XXX, o qual teria aferido “4 de dilatação”.

Prosseguiu aduzindo que, momentos depois, sofreu piora no quadro, passando a apresentar falta de ar e dor nas costelas. Teria, ainda, passado a expelir pela vagina uma “secreção esverdeada” que seria mecônio, isto é, material fecal expelido pelo feto, o que indicaria anormalidade no parto e sofrimento fetal.

Asseverou que às 19h00min daquele mesmo dia, teria ocorrido troca dos profissionais do plantão médico e do quadro de enfermagem, tendo assumido como obstetra o Dr. XXX, o qual teria solicitado que um “estagiário” de medicina realizasse o seu atendimento. Narrou que o seu encaminhamento para a sala de obstetrícia ocorreu às

⁸⁶ A ação completa está no arquivo da Procuradoria Jurídica da Unioeste.

19h45min, ou seja, teria transcorrido longo período sem providências por parte dos médicos para garantir a saúde do bebê.

Relatou que, ao iniciar o parto, o bebê começou a nascer e parou, pois ficou preso nos ombros, vindo a nascer às 20h02min do dia 29/10/2006, pesando 2,800 kg, com “Apgar” muito baixo (4-6). Estava “muito azulado”, “cianótico”; não chorava, não expressava nenhuma reação, razão pela qual precisou ser reanimado.

Aduziu que seu filho foi recebido na UCI (Unidade de Cuidados Intermediários) às 20h02min, onde recebeu banho e mais cuidados de rotina. As 22h foi reavaliado pelo Dr. XXX, que suspendeu a oximetria; às 02h00min da madrugada do dia 30/10/2006, o bebê teria apresentado temperatura de 38,9°, sendo que o médico pediatra teria orientado a enfermeira por telefone a retirar o bebê da incubadora e oferecer dieta, aguardar por mais meia hora e medicar com 3 (três) gotas de paracetamol.

Narrou, ainda, que às 02h30min, meia hora depois que a enfermeira realizou as ações repassadas por telefone pelo médico, XXX sofreu apneia prolongada, seguida de parada cardiorrespiratória. A enfermeira comunicou a equipe de plantão, que realizou manobras de reanimação; o bebê foi intubado com “cânula 3”, mas não reagiu; foi encaminhado para a UTI Neonatal, onde foi intubado com cânula 3,5 e recebeu nova massagem cardíaca, sendo que, mesmo diante das tentativas, não apresentou batimento cardíaco audível; na sequência, aplicaram adrenalina e o bebê sobreviveu.

Prosseguiu relatando que o recém-nascido permaneceu na UTI durante 2 meses e mais 2 meses, na UTI pediátrica. Sofreu novas complicações e realizou várias cirurgias, tendo sido diagnosticado com “paralisia cerebral por anóxia neonatal”, sendo que necessitava de todo apoio especializado, fisioterapia diariamente, medicações, aparelhos, pois tinha comprometimentos no desenvolvimento psicomotor

Concluiu alegando que seu filho veio a óbito em 01/01/2008, em decorrência de “broncopneumonia, paralisia cerebral, traqueostomia e anóxia neonatal grave”, patologias que o acometiam desde o nascimento.

Diante desse contexto, sustentou que a “anóxia neonatal” e demais complicações sofridas por seu filho recém-nascido – as quais tiveram o infeliz desfecho noticiado – teriam se originado de conduta desidiosa dos profissionais de saúde responsáveis por seu atendimento. Argumentou que, diante da indicação de sofrimento fetal pela presença de mecônio (líquido esverdeado), os propostos da requerida deveriam ter dispensado maior atenção e cuidado ao caso, inclusive realizando exames para assegurar a saúde do bebê, realizando cesárea de emergência ou parto normal, desde o primeiro momento.

[]

A par dessas premissas, analisando acuradamente as provas produzidas nos presentes autos, é possível constatar que, na linha da argumentação dos autores, as complicações neurológicas e subsequente morte do recém-nascido Paz de Carvalho foram causadas por falha no atendimento médico-hospitalar, mais especificamente, por sucessivos atos omissivos que, em conjunto, culminaram com a ocorrência do evento danoso, como se verá adiante.

[]

Pois bem, cotejando tais conclusões com os demais elementos de prova, é possível elencar as seguintes circunstâncias que, em conjunto, reproduziram a falha no atendimento hospitalar e influenciaram para a ocorrência do evento danoso: a) tratava-se de gestação normal, sem intercorrência prévia, como atestado no laudo e constatado pela ultrassonografia juntada ao evento 2.5 (fl. 90/91); b) a presença de líquido amniótico meconial indicava a ocorrência de sofrimento fetal intrauterino, mas não houve monitorização prévia (contínua) do estado do feto; c) houve indução o trabalho de parto “sem clara informação em prontuário para tal indução”; d) mesmo com a presença de líquido meconial, não houve a prescrição de antibiótico; e) embora o bebê n/ao tenha nascido em estado positivo (“Apgar” Baixo) e apresentado quadro febril algumas horas após o nascimento, a avaliação médica pediátrica foi feita por telefone.

Ademais, as demais provas produzidas nos autos confirmam as tais conclusões do laudo pericial a respeito da presença de mecônio durante o parto. Nessa linha, constatou-se que, muito embora a presença de líquido amniótico meconial indicasse a possível ocorrência de sofrimento fetal, não foi realizada a monitorização necessária à preservação da saúde do bebê.

A esse respeito, destaque-se o teor do Relatório Médico exarado pela Dra. XXX, o qual demonstra que a autora apresentava “bolsa rota às 15:45”, com “líquido amniótico meconial”.

A Ficha Admissão e Alta UTI Neonatal e UCI juntada no evento 2.6, fls. 08, indica que houve o rompimento da bolsa mais ou menos cinco horas antes do nascimento de XXX (“BOLSA ROTA +- 5 HS”), e a presença de líquido amniótico meconial (“LA MECONIAL”):

[]

Outrossim, colaciona-se o teor do “partograma” juntado ao prontuário médico, no qual consta a anotação “R” (bolsa rota) às 19h45min. Confira-se:

[...]

Registre-se que tais dados, à primeira vista, poderiam ter sua verossimilhança mitigada pelo teor do depoimento prestado pelos médicos que atenderam a autora (Dr. XXX e Dr. XXX nos eventos 226.3 226.4), que buscaram interpretar o partograma os demais documentos constantes no prontuário. Não obstante, é preciso ter em consideração que tais médicos, sem demérito de sua capacidade técnica e profissional, por terem participado dos fatos, foram ouvidos na condição de informantes.

Assim, suas afirmações devem ser sopesadas com reservas, em especial diante do fato de que o prontuário médico, ao menos no presente caso, ostenta maior relevância para fins probatórios, uma vez que foi elaborado e preenchido por toda uma gama de profissionais que não tem envolvimento direto nos fatos e, submetido a análise do Perito nomeado, profissional habilitado e isento, resultou nas conclusões supra transcritas.

[]

Além disso, como bem salientaram os autores na inicial “No partograma mencionado pelo médico, apenas consta a anotação da letra “R” (rota) no horário das 19:45, mas isso não induz a conclusão de que bolsa rompeu nesse horário, ela pode ter rompido antes, pois não houve anotação no partograma nos horários anteriores; há anotação de “I” (íntegra) apenas no horário das 16h e 45min,

exatamente na coluna onde houve rasura na anotação sobre a dilatação de “7” para “4”.

Dessa forma, a despeito das contradições, a interpretação mais coerente a respeito dos elementos probatórios produzidos nos autos indica que a autora apresentava líquido amniótico meconial desde o início do trabalho de parto, razão pela qual o estado do feto demandaria, de acordo com as conclusões periciais, uma monitorização mais cautelosa, o que não ocorreu, como se verá adiante.

Outra circunstância que merece ser pontuada é que ocorreu indução do trabalho de parto “sem clara informação em prontuário para tal indução” e sem a monitorização necessária, o que, também, contribuiu para a causação do evento danoso.

[]

Primeiramente, evidencia-se que o laudo pericial foi claro e objetivo ao atestar que houve indução do trabalho de parto no caso concreto, tratando, inclusive, dos riscos inerentes a tal conduta médica. Confira-se:

[]

Outrossim, também ficou demonstrado nos autos que, a despeito da possível ocorrência de sofrimento fetal desde o início do trabalho de parto (indicada pela presença de mecônio), bem como da realização de indução (aplicação de ocitocina), não houve monitoração do estado do feto, providência imprescindível em ambos os casos.

[]

De outro norte e confirmando tal linha de raciocínio, da análise do partograma, verifica-se que constam registros de aferição da frequência cardíaca fetal (FCF) apenas 4 (quatro) vezes (às 16:45, 17:45, 19:45 e 20:00), revelando, nesse sentido, a monitorização insuficiente, ainda mais diante dos indícios de sofrimento fetal e da indução do trabalho de parto.

Outrossim, também ficou demonstrado nos autos que, muito embora tenha nascido com “apgar” baixo (4-6), e diante da presença de grande quantidade líquido meconial ($\frac{3}{4}$ ++), o recém-nascido XXX não recebeu acompanhamento médico pediátrico após o seu nascimento, e que as orientações foram repassadas por telefone. Nesse sentido, confira-se o seguinte registro do prontuário médico:

[]

Portanto, como bem afirmado pela parte autora no evento 229.1, “a ausência de atendimento do pediatra, para melhor avaliar o quadro clínico de XXX, inviabilizou a adoção dos procedimentos adequados e necessários para o seu quadro clínico”. Registre-se, por outro lado, que o resultado danoso experimentado foi devidamente comprovado pelo laudo pericial e pela certidão de óbito do recém-nascido. Confira-se:

[]

Assim, diante de tais elementos, vislumbra-se que as provas reunidas nos autos formam um conjunto coeso, permitindo a conclusão de que a insuficiência dos procedimentos de monitorização do feto, diante dos sinais de sofrimento fetal, constituiu fator preponderante e determinante para a causação do evento danoso (lesões cerebrais e morte). Obtemperase que não se está a imputar a responsabilidade pelo evento danoso a qualquer profissional médico envolvido nos fatos, de forma específica e individual, mas o nexos causal e dever de indenizar decorrem de um conjunto de fatores, que somados,

demonstram a ocorrência de subsequentes atos omissivos ocorridos no âmbito do atendimento em questão.

[]

- Dos Danos Morais

[]

Por essas razões, considerando o sofrimento suportado pelos autores em razão da sua incapacidade permanente, seja para o labor seja para os atos da vida civil, o qual aos três anos de idade teve a própria capacidade de sonhar devassada em razão do trágico evento, a gravidade da ofensa, o caráter punitivo e compensatório atribuído à indenização do dano moral e as condições econômicas do réu, deve dita indenização ser fixada em R\$ 90.000,00 (noventa mil reais) a ser rateado em parcelas iguais para cada um dos autores, porque quantia inferior não surtiria os efeitos pretendidos e, por outro lado, a fixação deve-se dar em termos razoáveis, com atenção a realidade da vida, a situação econômica atual e a equivalência do dano e seu ressarcimento.

- Dos Danos Materiais

[]

Portanto, deverá o requerido restituir à demandante, o montante de **R\$547,08 (quinhentos e quarenta e sete reais e oito centavos)**, despendido com remédios, supermercado e combustível.

[]

- Do Pensionamento

Os autores e genitores do recém-nascido XXX pleitearam a concessão de pensão mensal, sob a justificativa de que *“é dado presumir que Rafael, não fosse nefasto evento, ajudaria economicamente seus pais no futuro, por se tratar de família de baixo poder aquisitivo”*.

[]

Assim, considerando que a expectativa de vida para homens foi calculada no ano de 2008 (ano do falecimento do menor) segundo a “Tábua de Mortalidade” publicada pelo IBGE, em 69,1 anos¹³, a pensão mensal deverá ser paga aos autores até quando a vítima completaria tal idade (69 anos), ou até o falecimento dos beneficiários, o que ocorrer primeiro.

[]

3. DISPOSITIVO

[], julgo **PROCEDENTE** a pretensão [], condenando a ré **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ - UNIOESTE** ao pagamento de indenização correspondente aos (à):

danos **materiais** equivalentes a **R\$547,08 (quinhentos e quarenta e sete reais e oito centavos)**;

danos **morais** no montante de **R\$ 90.000,00 (noventa mil reais)**, montante que deve ser dividido entre os autores, em parcelas iguais; **pensão vitalícia**, em favor e para cada um dos autores **XXX e XXX**, calculada nos seguintes moldes:

- 2/3 do salário mínimo vigente, dos 14 até quando a vítima completaria 25 anos de idade e, a partir daí, reduzido para 1/3 até a data correspondente à expectativa média de vida da vítima (69 anos) ou o falecimento dos beneficiários, o que ocorrer primeiro.

[]

O caso em tela, evidencia um dos problemas comuns no HUOP, pois é o hospital que atende as gestantes com gravidez de risco. No atendimento em questão,

o que se percebe é que a gestação não foi caracterizada como de risco, o que poderia, em tese, ter mudado o resultado, pois sendo gestante de alto risco o protocolo aplicado poderia ser diferente.

Os fatos que levaram à condenação da Unioeste/HUOP são, em resumo, a indução do parto normal quando havia indícios de sofrimento fetal e o não atendimento presencial do pediatra ao recém-nascido, ou seja, houve uma falha de protocolo, assim como houve falha ao não ouvir a história da paciente e liberá-la quando do primeiro atendimento.

O que se pode concluir é que se a equipe médico-hospitalar tivesse levado em consideração as queixas da paciente e os sinais de sofrimento fetal (a autora apresentava líquido amniótico meconial desde o início do trabalho de parto), não haveria a indução do parto e sim a realização de parto cesárea, o que poderia ter mudado o resultado trágico (óbito do recém-nascido) do atendimento.

Nessa pesquisa, verifica-se que o conjunto de decisões judiciais apresentadas demonstra que o desassossego enfrentado nas demandas judiciais não é em vão, podendo o cenário ser alterado, para beneficiar a Unioeste, mas sobretudo para que os pacientes ao entrarem no HUOP tenham a confiança de que o ambiente, o atendimento e a atenção necessária não lhes será negado ou negligenciado.

Para buscar essa satisfação, no capítulo seguinte será apresentada uma proposta de protocolo que poderá contribuir para redução dos problemas de comunicação observados na origem da insatisfação dos pacientes e seus familiares e que têm ocasionado as demandas judiciais, semelhantes às apresentadas.

4 UM PROTOCOLO PARA, SUPOSTAMENTE, REDUZIR AS IMPROBABILIDADES E OTIMIZAR O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO, PACIENTE/FAMÍLIA

*A qualidade nunca se obtém por acaso;
ela é sempre o resultado do esforço inteligente.*

John Ruskin

O que se verifica nesta pesquisa é a relevância da comunicação nas diversas etapas da relação médico, paciente/família que envolvem a recepção, o acolhimento a anamnese, o atendimento, a aplicação dos diversos procedimentos (clínicos ou cirúrgicos) e o esclarecimento constante do paciente e de seus familiares ao longo de todo esse processo, incluindo os resultados alcançados.

Nessas etapas, o registro formal de todos os procedimentos é fundamental, mas a comunicação seja ela por escrito, de forma oral associada ao comportamento e às expressões faciais e outras, caso seja necessário, como a mímica, a linguagem brasileira de sinais, são elementos que concorrem para a eficácia da comunicação e as boas relações entre o médico e seu paciente.

A adoção de estratégias formais que podem orientar e regular os procedimentos de comunicação por uma atenção para cada uma das etapas pelo profissional responsável com a linguagem necessária pode ser consubstanciada na adoção formal de um fluxograma que precisará ser conhecido e adotado por todos os membros das equipes médicas e de apoio, inclusive administrativo.

O instrumento que se propõe, oriundo das observações e experiência da pesquisa, será apresentado na próxima secção deste capítulo.

4.1 A Adoção de um Fluxograma como Forma de Redução das Improbabilidades da Comunicação e das Causas Judiciais

Conforme exposição e reflexão ao longo deste trabalho, a informação é um elo fundamental entre o médico e o seu paciente, não podendo ser negada. Portanto, no exercício da sua profissão, o médico deve seguir um conjunto de preceitos e normas que incluem: os mandamentos constitucionais, o Código de Ética Médica (Resolução CFM 2.217/2018) e a lei do ato médico (lei 12.842/2013), assim como as disposições do Código Civil brasileiro.

O dever do médico de prestar informações ao paciente sobre o tratamento e seus eventuais riscos, vem estampada já no Princípio Fundamental XXI do Capítulo I, e nos artigos 22, 31 e 34, do Código de Ética Médica⁸⁷:

“XXI – No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

É vedado ao médico: [...]

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

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.”

Assim, é obrigação ética do médico obter o consentimento do paciente antes do início de um tratamento, salvo em casos de emergência. A importância do consentimento do paciente deriva da evolução da relação médico, paciente/família, que sempre foi vista como paternalista e hoje se dá maior importância à sua autonomia. Essa evolução deve-se à ampliação dos direitos civis e dos princípios

⁸⁷ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2022.

bioéticos. O paciente tem autonomia para aceitar ou recusar o tratamento proposto, ou seja, a sua vontade deve ser respeitada. Nesse sentido, Carolina Fernandes de Castro, Alberto Manuel Quintana, Luísa da Rosa Olesiak e Mikaela Aline Bade München⁸⁸ enfatizam:

[] considerando seus princípios, valores, crenças e percepções, ponderando todos os fatores que interferem em sua capacidade de escolha ²³. Com informações precisas, o paciente tem poder para garantir o respeito à sua autonomia. Por isso, desde o primeiro contato, é importante que a equipe médica transmita informações verdadeiras e completas, cumprindo o devido processo de consentimento livre e esclarecido.

Cabe frisar que a informação ao paciente deve ser adequada, considerando-se o nível intelectual e cultural do paciente com relação ao tratamento proposto e aos riscos e benefícios decorrentes. É inquestionável o direito ao acesso às informações necessárias para que o paciente possa decidir autonomamente sobre seu corpo e sua saúde. Ao não cumprir esse procedimento em toda a sua amplitude, o médico pode responder por omissão do dever de informação.

Nessa ótica, como meio de informação e cumprimento dos deveres médicos, tem-se um conjunto de protocolos que devem ser adotados como forma de informação, mas sobretudo como garantia dos direitos do paciente. A seguir, são apresentadas algumas considerações sobre esses ritos de atendimento e minutas de modelos como propostas para aplicação no HUOP, visando ao atendimento humanizado que reflete diretamente na forma de comunicação entre o médico e o paciente e ou sua família.

4.1.1 O Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE

Assim, como previsto nas normas acima citadas, o Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE, quer obtido oralmente e registrado no prontuário ou por

⁸⁸ CASTRO, Carolina Fernandes; QUINTANA, Alberto Manuel; OLESIK, Luísa da Rosa; MÜNCHEN, Mikaela Aline Bade. Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde. **Rev. Bioética**, v. 28 n. 3 Brasília Jul./Set. 2020. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2213. Acesso em: 12 fev. 2022.

escrito e assinado é o documento hábil para comprovar que as informações foram transmitidas e que o paciente ou seu responsável tomou ciência previamente de todos os procedimentos realizados. Além de concretizar a boa-fé e a lealdade na relação médico, paciente/família, que são totalmente subjetivas, o TCLE tutela os direitos da pessoa, respeitando os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da autonomia do paciente. Essa interligação pode ser observada nas palavras de Genival Veloso França⁸⁹:

O sentido dessa relação, mais íntima e mais responsável do médico com os pacientes e seus familiares, tem o propósito de democratizar o tratamento e fazer dessa interação uma convivência mais participativa, transparente e respeitosa. Essa consideração que se deve a eles faz parte das conquistas inalienáveis da cidadania e dos princípios consagrados na luta pelos direitos humanos. Assim, a relação médico-paciente-família deve ser sempre no sentido do respeito recíproco e na indispensável cordialidade que se exige em qualquer forma de exercício profissional. Muitos desses deveres são cobrados na Constituição da República Federativa do Brasil, entre eles o direito à informação, consagrado pelo instituto do habeas data, em que todo cidadão tem assegurado o acesso aos registros a seu respeito.

Cabe salientar que o uso do Termo de consentimento livre e esclarecido não pode ser utilizado para todos os procedimentos que ocorrem dentro de um hospital como o HUOP, pois além de burocratizar todo o atendimento, causaria um transtorno em muitos casos, como por exemplo nas consultas ambulatoriais e em determinados atendimentos no pronto socorro. Assim, a adoção do referido documento na rotina do hospital deve ser analisada dentro da razoabilidade, contudo a ausência dele não isenta a responsabilidade de prestar todas as informações aos pacientes, independente de qual atendimento ele está recebendo, pois a intervenção médica deve ser precedida de consentimento do paciente ou seu responsável.

Não saindo da questão em debate, mas um esclarecimento que deveria preceder o atendimento a ser prestado no HUOP, é que, naquele momento, quem atenderá o paciente não será o médico preceptor, mas um aluno interno do curso de Medicina e ou um médico residente, pois em muitas ações judiciais aparece o seguinte relato: “fui atendida/atendido por um estagiário”. De que se depreende que o paciente

⁸⁹ FRANÇA, Genival Veloso. **Comentários ao código de ética médica**. 7. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. 420 p. p. 131. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527735247/>. Acesso em: 19 maio 2022.

deve ser informado que por ser um hospital-escola os alunos que estão cursando o internato podem ter um papel naquele atendimento, assim como o médico residente, mas que nenhum deles vai tomar nenhuma decisão sobre o tratamento sem avaliação e concordância do médico preceptor. Ação direta e simples de ser executada, mas que tem passado despercebida no dia a dia do hospital, na rotina do curso de graduação em medicina e das residências médicas.

Ainda em relação ao Termo de consentimento livre e esclarecido, ele serve tanto para segurança e respeito ao paciente como meio de prova para o médico e para o hospital em caso de ações judiciais, pois a falha ou falta de informação, mesmo o procedimento sendo bem-sucedido, pode levar ao dever de indenizar. Cabe frisar que o termo deve ser bem escrito, com linguagem que permita ao paciente ou ao seu responsável ter total compreensão do que lhe está sendo informado. Assim, não pode ser um texto padrão, deve ser escrito de acordo com o paciente que está em atendimento.

Os profissionais de saúde devem compreender que, legalmente, o dever de informar de forma adequada é uma obrigação que não está atrelada a culpa de um ato médico. Há jurisprudência favorável pela responsabilização dos médicos nos casos de falta do Termo de consentimento livre e esclarecido por escrito e assinado pelo paciente, assim como há decisões desfavoráveis quando resta comprovado que o paciente estava adequadamente informado e ciente do risco do procedimento. Abaixo, destacam-se 3 (três) exemplos de decisões que envolvem o Termo de consentimento livre e esclarecido e o dever de informação do médico:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO PARA RESOLVER SÍNDROME DA APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO (SASO). FALECIMENTO DO PACIENTE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. FALHA NO DEVER DE INFORMAÇÃO ACERCA DOS RISCOS DA CIRURGIA. CONSTATAÇÃO APENAS DE CONSENTIMENTO GENÉRICO (BLANKET CONSENT), O QUE NÃO SE REVELA SUFICIENTE PARA GARANTIR O DIREITO FUNDAMENTAL À AUTODETERMINAÇÃO DO PACIENTE. RESTABELECIMENTO DA CONDENAÇÃO QUE SE IMPÕE. REDUÇÃO DO VALOR FIXADO, CONSIDERANDO AS PARTICULARIDADES DA CAUSA. RECURSO PROVIDO PARCIALMENTE. 1. O presente caso trata de ação indenizatória buscando a reparação pelos danos morais reflexos causados em razão do falecimento do irmão dos autores, ocasionado por choque anafilático sofrido logo após o início da indução anestésica

que precederia procedimento cirúrgico para correção de apneia obstrutiva do sono, a qual causava problemas de "ronco" no paciente.

1.1. A causa de pedir está fundamentada não em erro médico, mas sim na ausência de esclarecimentos, por parte dos recorridos – médico cirurgião e anestesista -, sobre os riscos e eventuais dificuldades do procedimento cirúrgico que optou por realizar no irmão dos autores.

2. Considerando que o Tribunal de origem, ao modificar o acórdão de apelação na via dos embargos declaratórios, fundamentou o decisum na ocorrência de omissão e erro material no acórdão embargado, não há que se falar em violação do art. 535 do CPC/1973.

3. Todo paciente possui, como expressão do princípio da autonomia da vontade, o direito de saber dos possíveis riscos, benefícios e alternativas de um determinado procedimento médico, possibilitando, assim, manifestar, de forma livre e consciente, o seu interesse ou não na realização da terapêutica envolvida, por meio do consentimento informado. Esse dever de informação encontra guarida não só no Código de Ética Médica (art. 22), mas também nos arts. 6º, inciso III, e 14 do Código de Defesa do Consumidor, bem como no art. 15 do Código Civil, além de decorrer do próprio princípio da boa-fé objetiva.

3.1. A informação prestada pelo médico deve ser clara e precisa, não bastando que o profissional de saúde informe, de maneira genérica, as eventuais repercussões no tratamento, o que comprometeria o consentimento informado do paciente, considerando a deficiência no dever de informação. Com efeito, não se admite o chamado "blanket consent", isto é, o consentimento genérico, em que não há individualização das informações prestadas ao paciente, dificultando, assim, o exercício de seu direito fundamental à autodeterminação.

3.2. Na hipótese, da análise dos fatos incontroversos constantes dos autos, constata-se que os ora recorridos não conseguiram demonstrar o cumprimento do dever de informação ao paciente - irmão dos autores/recorrentes - acerca dos riscos da cirurgia relacionada à apneia obstrutiva do sono. Em nenhum momento foi dito pelo Tribunal de origem, após alterar o resultado do julgamento do recurso de apelação dos autores, que houve efetivamente a prestação de informação clara e precisa ao paciente acerca dos riscos da cirurgia de apneia obstrutiva do sono, notadamente em razão de suas condições físicas (obeso e com hipertrofia de base de língua), que poderiam dificultar bastante uma eventual intubação, o que, de fato, acabou ocorrendo, levando-o a óbito.

4. A despeito da ausência no cumprimento do dever de informação clara e precisa ao paciente, o que enseja a responsabilização civil dos médicos recorridos, não deve prevalecer o valor da indenização fixado pelo Tribunal de origem na apelação, como pleiteado pelos recorrentes no presente recurso especial, revelando-se razoável, diante das particularidades do caso, a fixação do valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) para cada autor, acrescido de correção monetária desde a data da presente sessão de julgamento (data do arbitramento), a teor do disposto na Súmula 362/STJ, além de juros de mora a partir da data do evento danoso (27/3/2002 - data da cirurgia), nos termos da Súmula 54/STJ. 5. Recurso especial provido

em parte. Resp. 1848862 / RN. 2018/0268921-9, PUBLICADO EM 08/04/2022.⁹⁰

RECURSO ESPECIAL. VIOLAÇÃO AO ART. 535 DO CPC/1973. NÃO OCORRÊNCIA. RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO POR INADIMPLENTO DO DEVER DE INFORMAÇÃO. NECESSIDADE DE ESPECIALIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO E DE CONSENTIMENTO ESPECÍFICO. OFENSA AO DIREITO À AUTODETERMINAÇÃO. VALORIZAÇÃO DO SUJEITO DE DIREITO. DANO EXTRAPATRIMONIAL CONFIGURADO. INADIMPLENTO CONTRATUAL. BOA-FÉ OBJETIVA. ÔNUS DA PROVA DO MÉDICO.

1. Não há violação ao artigo 535, II, do CPC, quando, embora rejeitados os embargos de declaração, a matéria em exame foi devidamente enfrentada pelo Tribunal de origem, que emitiu pronunciamento de forma fundamentada, ainda que em sentido contrário à pretensão da recorrente.

2. É uma prestação de serviços especial a relação existente entre médico e paciente, cujo objeto engloba deveres anexos, de suma relevância, para além da intervenção técnica dirigida ao tratamento da enfermidade, entre os quais está o dever de informação.

3. O dever de informação é a obrigação que possui o médico de esclarecer o paciente sobre os riscos do tratamento, suas vantagens e desvantagens, as possíveis técnicas a serem empregadas, bem como a revelação quanto aos prognósticos e aos quadros clínico e cirúrgico, salvo quando tal informação possa afetá-lo psicologicamente, ocasião em que a comunicação será feita a seu representante legal.

4. O princípio da autonomia da vontade, ou autodeterminação, com base constitucional e previsão em diversos documentos internacionais, é fonte do dever de informação e do correlato direito ao consentimento livre e informado do paciente e preconiza a valorização do sujeito de direito por trás do paciente, enfatizando a sua capacidade de se autogovernar, de fazer opções e de agir segundo suas próprias deliberações.

5. Haverá efetivo cumprimento do dever de informação quando os esclarecimentos se relacionarem especificamente ao caso do paciente, não se mostrando suficiente a informação genérica. Da mesma forma, para validar a informação prestada, não pode o consentimento do paciente ser genérico (blanket consent), necessitando ser claramente individualizado.

6. O dever de informar é dever de conduta decorrente da boa-fé objetiva e sua simples inobservância caracteriza inadimplemento contratual, fonte de responsabilidade civil per se. A indenização, nesses casos, é devida pela privação sofrida pelo paciente em sua

⁹⁰ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça-STJ. **RECURSO ESPECIAL Nº 1.848.862 - RN (2018/0268921-9)**. Ação de indenização por danos morais. Procedimento cirúrgico realizado para resolver síndrome da apneia obstrutiva do sono (saso). Falecimento do paciente. Negativa de prestação jurisdicional. Não ocorrência. Falha no dever de informação acerca dos riscos da cirurgia. Constatação apenas de consentimento genérico (blanket consent), o que não se revela suficiente para garantir o direito fundamental à autodeterminação do paciente. Restabelecimento da condenação que se impõe. Redução do valor fixado, considerando as particularidades da causa. Recurso provido parcialmente. Relator **MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE**. Julgado: 05 de abril de 2022; Publicado: 08 de abril de 2022. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1455143407/recurso-especial-resp-1848862-rn-2018-0268921-9>. Acesso em: 19 maio 2022.

autodeterminação, por lhe ter sido retirada a oportunidade de ponderar os riscos e vantagens de determinado tratamento, que, ao final, lhe causou danos, que poderiam não ter sido causados, caso não fosse realizado o procedimento, por opção do paciente.

7. O ônus da prova quanto ao cumprimento do dever de informar e obter o consentimento informado do paciente é do médico ou do hospital, orientado pelo princípio da colaboração processual, em que cada parte deve contribuir com os elementos probatórios que mais facilmente lhe possam ser exigidos.

8. A responsabilidade subjetiva do médico (CDC, art. 14, §4º) não exclui a possibilidade de inversão do ônus da prova, se presentes os requisitos do art. 6º, VIII, do CDC, devendo o profissional demonstrar ter agido com respeito às orientações técnicas aplicáveis. Precedentes.

9. Inexistente legislação específica para regulamentar o dever de informação, é o Código de Defesa do Consumidor o diploma que desempenha essa função, tornando bastante rigorosos os deveres de informar com clareza, lealdade e exatidão (art. 6º, III, art. 8º, art. 9º).

10. Recurso especial provido, para reconhecer o dano extrapatrimonial causado pelo inadimplemento do dever de informação. Resp. 1540580 / DF. RECURSO ESPECIAL 2015/0155174-9. Relator(a) Ministro LÁZARO GUIMARÃES.⁹¹

APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO. PROCEDIMENTO DE LIPOASPIRAÇÃO. INTERCORRÊNCIA POSTERIOR QUE VITIMOU A PACIENTE. EPISÓDIO ALÉRGICO. INEXISTÊNCIA DE IMPRUDÊNCIA, IMPERÍCIA OU NEGLIGÊNCIA. AUSÊNCIA DO DEVER DE INDENIZAR. IMPROCEDÊNCIA MANTIDA. Atribuído ao demandado a responsabilidade pelos danos sofridos, decorrente do alegado procedimento médico que foi ministrado à familiar dos autores, que veio a óbito em decorrência de um episódio alérgico durante o procedimento de lipoaspiração, a responsabilidade civil vem regrada na legislação consumerista (art. 14, CDC), sendo de rigor a comprovação da culpa subjetiva do profissional da medicina.

Na hipótese dos autos, restou comprovado que, logo após o início do procedimento, a paciente teve um quadro de rash cutâneo (aparecimento de bolinhas vermelhas na pele), sibilância (ruído respiratório fino) e dispneia (falta de ar). Imediatamente, a cirurgia foi interrompida, sendo necessário realizar as manobras de suporte à vida. Todas as manobras necessárias foram realizadas pela equipe de médicos e enfermeiros incluindo eletrochoques para desfibrilação e massagem cardíaca das 21h30min às 23h. Não obstante, devido à intensidade da reação alérgica, mesmo com todo tratamento dispensado, o quadro não foi revertido.

A prova pericial evidenciou que, em qualquer ato anestésico e

⁹¹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça-STJ. **RECURSO ESPECIAL Nº 1540580 / DF (2015/0155174-9)**. Recurso especial. Violação ao art. 535 do CPC/1973. Não ocorrência. Responsabilidade civil do médico por inadimplemento do dever de informação. Necessidade de especialização da informação e de consentimento específico. Ofensa ao direito à autodeterminação. Valorização do sujeito de direito. Dano extrapatrimonial configurado. Inadimplemento contratual. Boa-fé objetiva. Ônus da prova do médico. Relator **MINISTRO LÁZARO GUIMARÃES**. Julgado: 02 de agosto de 2018; Publicado: 04 de setembro de 2018. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/621592003/recurso-especial-resp-1540580-df-2015-0155174-9>. Acesso em: 19 maio 2022.

cirúrgico, há o risco de alergia, pois em um curto espaço de tempo o paciente é exposto a um grande número de substâncias diversas. Mesmo que a paciente optasse por não realizar uma cirurgia estética, no caso concreto, teria indicação terapêutica para a realização de hernioplastia, o que a teria exposto aos mesmos alérgenos. De mais a mais, restou demonstrado que não tinha como o cirurgião prever a reação alérgica sofrida pela paciente, notadamente porque ela não possuía histórico prévio de alergia.

Por outro lado, não pode prosperar, também, a alegação de falta de informação pelo facultativo, uma vez que a paciente firmou termo de consentimento livre e esclarecido para a realização do procedimento cirúrgico, manifestando sua ciência acerca dos riscos pela necessidade de emprego de anestesia.

Nessas condições, a manutenção da sentença de improcedência se impõe. RECURSO DESPROVIDO. (Apelação Cível, Nº 70079037768, Nona Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Tasso Caubi Soares Delabary, Julgado em: 14-11-2018) (TJRS - APELAÇÃO - 70079037768, Relator: DES. TASSO CAUBI SOARES DELABARY, Data de Julgamento: 14/11/2018, Data de Publicação: 16/11/2018)⁹²

Percebe-se a importância do documento, contudo este só será válido, em determinados casos, se for realizado por escrito, assinado e com conteúdo adequado ao paciente. Cabe destacar que o referido termo é utilizado, principalmente, na defesa do hospital e do profissional, pois em algumas situações poderá, por determinação judicial, haver a inversão do ônus da prova, devendo nesses casos o hospital e o médico provarem que as informações foram adequadamente fornecidas e o paciente entendeu e aceitou livremente os procedimentos, estando ciente dos riscos.

No que se refere ao HUOP da UNIOESTE, é necessário esclarecer que o Termo de consentimento livre e esclarecido não faz parte dos protocolos, sendo adotados por alguns médicos, mas não é regra imposta. O que se tem como protocolo é uma declaração (Figura 1) que o paciente ou o seu responsável assina no momento da internação e as demais informações são transmitidas oralmente e registradas no prontuário.

⁹² BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Apelação Cível, Nº 70079037768**. Nona Câmara Cível. Apelação Cível. Responsabilidade Civil. Erro Médico. Procedimento de lipoaspiração. Intercorrência posterior que vitimou a paciente. Episódio alérgico. Inexistência de imprudência, Imperícia ou negligência. Ausência do dever de indenizar. Improcedência mantida. Relator Des. Tasso Caubi Soares Delabary. Julgado: 14 de novembro de 2018; Publicado: 16 de novembro de 2018. Disponível em <https://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/648506442/apelacao-civel-ac-70079037768-rs>. Acesso em: 19 maio 2022.

Figura 1 Termo de autorização atualmente utilizado no HUOP.

Termo de Autorização da Internação

Declaro que eu, abaixo assinado, consinto em ser submetido a internação, qualquer cirurgia, anestesia e terapêutica que for necessário.
Sou responsável pelo paciente e tomo ciência do regulamento do Hospital e que as informações e endereço do mesmo são verdadeiras.

Autorizo a divulgação de informações sobre o estado de saúde do paciente.

Cascavel, 



Assinatura do Paciente e/ou Responsável

Fonte: Procuradoria Jurídica da Unioeste.

O texto da declaração é genérico, sem informações e esclarecimentos sobre quais os procedimentos poderão ser necessários, ou seja, é totalmente contrário ao que preveem as normas e, sendo assim, torna-se necessário inserir um protocolo que dê mais segurança não só ao HUOP e a seus profissionais, mas sobretudo aos pacientes e seus familiares.

Importante destacar que essa declaração é assinada no ato do internamento, contudo, conforme a evolução do paciente, ele pode ser transferido para outros setores, como por exemplo a UTI, onde os procedimentos são totalmente diferentes do pronto socorro e da emergência. Assim, a adoção de um protocolo para informação aos pacientes/família é de extrema importância.

Como alternativa para a redução dos problemas de comunicação sobre procedimentos médicos e melhorar os registros das informações que chegam aos pacientes e ou a seus familiares, a seguir, apresenta-se uma minuta de termo que, em tese, quando preenchido de modo claro e objetivo, pode gerar reflexos de compreensão plena e respectiva satisfação dos pacientes, conseqüentemente, servindo como documento explicativo bastante, evitando demandas judiciais ou, sendo necessário, documento probatório da correção e lisura dos procedimentos adotados.

Figura 2 Minuta de Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE

	
<p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HUOP</p>	
<p>CHEK LIST - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE</p>	
<p>Eu, _____, idade _____, sexo _____, identidade nº _____, (órgão expedidor) _____ residente na _____ Estado _____ País _____</p>	
<p>abaixo assinado (ou sob a responsabilidade de _____, identidade nº _____, órgão expedidor _____ Grau de parentesco (pai/mãe/parente/outro) _____ residente na _____</p>	
<p>declaro ter lido ou ouvido o presente Termo de consentimento livre e esclarecido que me foi extensamente explicado por meu (minha) médico(a), Dr(a).</p>	
<p>e estou ciente do seguinte:</p>	
<p>1) Serei submetido ao procedimento _____ para tratamento de _____ com benefícios comprovados pela literatura médica;</p>	
<p>2) O procedimento acima descrito apresenta, de uma maneira geral, benefícios satisfatórios de até _____% dos casos, mas não existe garantia total de resultado;</p>	
<p>3) Poderá ocorrer maior ou menor grau de melhora em problemas que tenho associados à minha doença, como _____;</p>	
<p>4) A técnica acima descrita que será utilizada me foi explicada com detalhes pelo(a) Dr(a) _____, CRM: _____ que também me informou outras alternativas para o tratamento da minha doença acima discriminada;</p>	
<p>5) É necessária a minha cooperação com o tratamento, fazendo alterações no meu hábito de vida, tais como _____;</p>	
<p>6) O procedimento pode acarretar riscos que me foram explicados e que compreendi, tais como _____, e até mesmo o óbito;</p>	
<p>7) A incidência de complicações na literatura médica varia em torno de _____% e a mortalidade, entre _____ e _____%;</p>	

8) Riscos não esperados podem ocorrer, tais como _____

9) Pode ser necessária a modificação da técnica proposta bem como a realização de outros procedimentos por motivo de intercorrências, de complicações ou de achados inesperados e, caso haja tempo hábil, serei consultado para a sua realização.

Compreendo o que foi exposto acima e realmente desejo ser submetido a esse tratamento, e sei que posso retirar esta autorização em tempo hábil (antes do início do procedimento) por escrito.

O meu procedimento será realizado no Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP. No Município de Cascavel, Estado do Paraná. Data: ____/____/____.

Assinatura do paciente/responsável: _____

Nome do responsável legal, com indicação do grau de parentesco (quando for o caso):

identidade nº _____, órgão expedidor _____

Assinatura do profissional de saúde: _____

1ª testemunha:

Nome: _____

Identidade nº _____

Assinatura: _____

2ª testemunha:

Nome: _____

Identidade nº _____

Assinatura: _____

Fonte: Adaptado de Hospital Português (2018)⁹³.

Com o uso do modelo apresentado, as informações necessárias serão devidamente registradas com a ciência e anuência do paciente, pois uma via do documento, após assinado, deverá ficar arquivada juntamente com seu prontuário

⁹³ Adaptado do Hospital Português. Disponível em: <https://www.hportugues.com.br/wp-content/uploads/2018/07/TERMODECONSENTIMENTOLIVREEESCLARECIDO-HP.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2022.

médico e a outra é mantida em posse do paciente. Esse conjunto de documentos, assim estabelecido, tornar-se-á uma prova irrefutável para demonstrar que as informações foram franqueadas ao paciente e ou a seus familiares.

4.1.2 A Declaração para Realização de Cirurgia de Laqueadura Tubária

A realização de cirurgia de laqueadura tubária tem um protocolo definido pela Portaria nº 48⁹⁴, de 11 de fevereiro de 1999, do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, instrumentalizando a Lei 9263/96⁹⁵ que, por seu turno, regulamenta o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal de 1988, em relação ao planejamento familiar.

Entretanto, as normativas mencionadas estabelecem que, para possibilitar a realização da laqueadura tubária é necessário que a interessada atenda a alguns requisitos essenciais:

- a) que não coloque em risco a sua vida ou a sua saúde;
- b) a prescrição médica da laqueadura somente ocorrerá mediante avaliação e acompanhamento clínico com todas as informações à paciente sobre seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia;
- c) capacidade civil plena;
- d) maior que 25 (vinte e cinco) anos ou com pelo menos dois filhos vivos;
- e) autorização conjugal, caso tenha cônjuge;
- f) Interregno de pelo menos 60 (sessenta) dias entre a manifestação expressa e formal (documento escrito e firmado) da vontade e o ato de laqueadura, mediante intervenção dos serviços de saúde visando desencorajar a esterilização precoce;

⁹⁴ BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 48**, de 11 de fevereiro de 1999. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0048_11_02_1999.html. Acesso em: 18 maio 2022

⁹⁵ BRASIL. **Lei 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 18 maio 2022.

g) Caso futuras gestações possam colocar em risco a vida ou a saúde da mulher ou do futuro concepto, mediante testemunho escrito e assinado por dois médicos.

Não bastassem essas condições, sem as quais não é possível a realização do procedimento, o art. 10 da referida Lei traz as situações em que é permitida ou não a esterilização:

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização, o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

Feitas as considerações sobre a cirurgia de laqueadura tubária, sendo ela um método contraceptivo, assim como outros métodos, sabe-se que não é possível assegurar 100% (cem por cento) de eficácia, pois pode haver uma reversão espontânea pelo organismo.

Mesmo diante de toda essa regulamentação, a gravidez ocorrida após a realização de cirurgia de laqueadura tubária ainda tem motivado pacientes a

buscarem, por meio do judiciário, uma reparação financeira pelo que consideram falta de informação ou erro médico.

Portanto, a informação e o esclarecimento à paciente sobre o método, os riscos e a possibilidade de que ainda ocorra uma gravidez é imprescindível e deve ser ampliada e registrada, não só para evitar as demandas judiciais, mas sobretudo para que a paciente tenha total consciência e segurança da sua decisão.

Nesse caso, vale trazer as palavras de Miguel Kfourri Neto⁹⁶, sobre as ações judiciais com esse objeto:

os tribunais têm repellido a pretensão indenizatória, nesses casos de laqueadura, quando o médico prova que a esterilização se fez com o consentimento da paciente, que esta foi informada de possibilidade de superveniência de gravidez e que a cirurgia se realizou com obediência absoluta à melhor técnica cirúrgica.

Importante destacar que a adoção de um Termo de consentimento livre e esclarecido, próprio para a cirurgia de laqueadura tubária, é uma forma de prestar todas as informações necessárias, assim como de se certificar que a paciente e seu cônjuge estão plenamente esclarecidos e cientes dos riscos da cirurgia, assim como de que esse método contraceptivo, como os outros, não tem 100% de eficácia. Quando o referido termo é utilizado, no caso de uma ação judicial, o judiciário tem decidido pela não indenização da paciente, caso ocorra uma gravidez indesejável:

DIREITO CIVIL E ADMINISTRATIVO. APELAÇÃO. ATENDIMENTO MÉDICO. CIRURGIA DE LAQUEADURA. GRAVIDEZ SUBSEQUENTE. DANO MORAL E PENSIONAMENTO. IMPOSSIBILIDADE. 1. A sentença negou indenização por danos morais e materiais fundada em que a autora e as testemunhas que a acompanharam às consultas pré-operatórias estavam cientes da possibilidade de falha da cirurgia de laqueadura de trompas, com retorno natural da fecundidade. 2. Na assistência médico-hospitalar o paciente não é terceiro, a atrair a responsabilidade objetiva do artigo 37, § 6º, da Constituição, mas sim o sistema geral da lei civil, forte no art. 186 e 927 e seguintes do Código, que exige da pessoa vitimada a prova do tripé: dano, culpa e nexos causal. Precedentes da Corte. 3. Os documentos juntados - termo "Consentimento Livre e Esclarecido" e "Manifestação de Expressa Vontade" – comprovam que a autora/apelante foi informada da possibilidade de nova gravidez, mesmo após o procedimento cirúrgico de laqueadura, e a simples alegação de ser pessoa "humilde" e "de baixa instrução" não autoriza presumir que não teria condições de entender o significado de "haver

⁹⁶KFOURI NETO, Miguel. **Culpa médica e ônus da prova**. São Paulo: RT; 2002.

pequeno risco de engravidar", ou expressão semelhante, contida no termo de consentimento, mormente porque se fez acompanhar de testemunha durante todo o pré-operatório. 4. A culpa imputável à Administração deriva de fato certo, convincente da violação de um dever objetivo de cuidado, por negligência, imprudência ou imperícia, nunca da mera alegação genérica de uma falta desprovida de evidências. 5. Apelação desprovida. (TRF2 - APELAÇÃO - RECURSOS - PROCESSO CÍVEL E DO TRABALHO - 0019131-40.2010.4.02.5101, Relator: DES. FED. NIZETE LOBATO CARMO, Data de Julgamento: 01/08/2016, Data de Publicação: 25/08/2016).⁹⁷

Para aprimorar a comunicação e os registros das informações, assim como, comprovar que foram comunicados e esclarecidos todos os aspectos que rodeiam uma cirurgia de laqueadura tubária, apresenta-se abaixo uma minuta de Termo que pode melhorar a satisfação das pacientes que procuram o HUOP para o referido procedimento.

Figura 3 Minuta de Termo de consentimento livre e esclarecido para laqueadura tubária.

	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HUOP	
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO LAQUEADURA TUBÁRIA	
Eu, _____, com _____ anos,	
_____ (estado marital), identidade nº _____,	
residente na rua _____	
_____ cidade de _____	
Estado _____, declaro ser meu desejo me submeter ao procedimento cirúrgico de laqueadura tubária.	
Por este termo, em plena capacidade de discernimento, manifesto a vontade de submeter-me, voluntariamente, à cirurgia de laqueadura tubária, e ainda, declaro:	
a) estar ciente das regras do planejamento familiar, observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico;	
b) que fui informada que existem outros métodos alternativos de contracepção a minha disposição, como anticoncepcional hormonal, contracepção intrauterina, colocação de DIU, preservativos, coito interrompido e todos os demais métodos naturais e de barreira. Fui também informada de que a laqueadura tubária é um método de esterilização permanente, consistindo basicamente na	

⁹⁷ BRASIL. Tribunal Regional Federal – 2ª Região. Apelação - Recursos - Processo cível e do trabalho. **Autos 0019131-40.2010.4.02.5101**. Direito civil E administrativo. Apelação. Atendimento médico. Cirurgia de laqueadura. Gravidez subsequente. Dano moral e pensionamento. Relatora Des. Fed. Nizete Lobato Carmo. Julgado: 01 de agosto de 2016; Publicado: 25 de agosto de 2016. Disponível em: <https://homolog.buscajuris.com.br/julgados/32ac246a-1a8a-a92d-abbe-0c9d213e92e5>. Acesso em: 19 maio 2022.

interrupção da continuidade das Trompas de Falópio (tubas uterinas) com o objetivo de impedir uma nova gravidez, mas sua efetivação não é de 100% existindo a probabilidade (pequena) de ocorrer à recanalização espontânea, o que poderá permitir a fertilidade e possibilidade de uma gravidez indesejada.

c) que a gravidez ectópica (fora do útero), embora ocorra remotamente, é uma possibilidade a ser considerada em pacientes que tenham se submetido à ligadura tubária;

d) que para a realização dessa intervenção existem várias formas de abordagem cirúrgica: laparoscópica, mini-laparotomia, via vaginal e pós-cesárea, esta, excepcionalmente indicada apenas nos casos de risco à vida ou saúde da mulher ou do futuro conceito, sendo testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, pois é vedada a esterilização cirúrgica em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;

e) que recebi do médico as orientações sobre os cuidados que devo seguir para alcançar o melhor resultado, estando ciente de que nessa cirurgia poderão ocorrer complicações _____

_____ e outras tantas citadas pelo médico, quando então deverei informá-lo, imediatamente sobre essas possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir, assim como, retornar ao consultório/hospital nos dias determinados por ele;

f) saber que a laqueadura tubária necessita de anestesia, portanto, devo submeter-me a consulta pré-anestésica antes da realização da intervenção; que em toda intervenção existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente; que se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

Assim sendo, declaro-me satisfeita com as informações, orientações e explicações recebidas, compreendendo o alcance e os riscos da cirurgia de **Laqueadura Tubária**.

_____ de _____ de _____.

Nome do paciente: _____

Assinatura do paciente _____

Nome do cônjuge: _____

Assinatura do cônjuge _____

_____, ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico: _____

Observação: Preenchimento completo deste termo em três vias originais, ficando uma arquivada no prontuário do paciente, outra entregue ao paciente, e a terceira será entregue ao serviço especializado que realizará a cirurgia.

Fonte: Adaptado de CAIXA DE ASSISTÊNCIA SISTEMA SAÚDE INTEGRAL - SSISAÚDE. ⁹⁸

O termo apresentado não tem como propósito afastar a responsabilidade do médico ou do hospital no caso de erro no procedimento, mas sim, deixar a paciente esclarecida dos riscos e da possibilidade de reversão espontânea da laqueadura, que

⁹⁸ Adaptado de CAIXA DE ASSISTÊNCIA SISTEMA SAÚDE INTEGRAL - SSISAÚDE. Disponível em: <https://www.ssisaude.com.br/Content/Downloads/Arquivos/Termo%20de%20Consentimento%20Livre%20e%20Esclarecido%20-%20Laqueadura%20Tubaria.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

pode ocorrer e resultar numa gravidez indesejada. Nesse caso, a existência do termo devidamente preenchido e assinado tem afastado a responsabilidade do hospital e do profissional médico.

4.1.3 Escolha do Tipo de Parto por Parte da Gestante

O tema está em análise não só no HUOP, mas no âmbito do Estado do Paraná, portanto, para evitar conclusões precipitadas ou descompasso com as discussões sobre o assunto, no Anexo A está a Instrução de Serviço emitida recentemente pelo HUOP para atender parte da Lei Estadual nº 20.127, de 15 de janeiro de 2020, que altera a Lei estadual nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, a qual dispõe sobre a violência obstétrica, direitos da gestante e da parturiente. Cabe enfatizar que a regulamentação da referida lei está em discussão.

Abaixo, é apresentada a Declaração utilizada pelo HUOP para as gestantes que querem fazer a opção pelo parto cesárea.

Por esse documento, verifica-se que a questão da opção pelo parto está, em tese, resolvida no HUOP, sendo que a gestante recebe todas as informações necessárias e sua autonomia é respeitada.

Figura 4 Termo de consentimento livre e esclarecido para parto cesárea, adotado pelo HUOP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).

Eu, nome paciente, nacionalidade, portadora do RG nº XXX, inscrita no CPF/MF sob nº XXX, residente e domiciliada na Rua XXX, nº XXX, Bairro XXX, na cidade de XXX, estado do XXX, declaro para os devidos fins **minha decisão de realizar PARTO CESÁREA.**

Declaro ter ciência que o parto vaginal normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica.

Declaro ainda ter sido informada pelo Dr(a). XXX, CRM/PR XXX que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe sendo os mais comuns: infecção, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (incisão da cesárea). Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.

Declaro, também, ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do meu médico, visto que, dependem das características pessoais de cada paciente.

Declaro que tenho ciência da idade gestacional de xxx semanas e XX dias, e mesmo assim desejo realizar **PARTO CESAREA, apesar dos riscos expostos pelo médico obstetra.**

Declaro ter conhecimento da Lei nº 19.701 de 20/11/2018, a qual dispõe no artigo 3º, parágrafo 4º, que para a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo registro em prontuário.

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantenho minha decisão de realizar **PARTO CESÁREA.**

Este documento foi elaborado em três vias, sendo que uma ficará com o obstetra responsável, outra com a gestante e a terceira com o Hospital.

Cascavel, XX de xxx de 20xx.

xxx – RG nº xxx

Assinatura e RG do cônjuge

xx – CRM/PR nº x

Fonte: Procuradoria Jurídica da Unioeste.

Outra questão relacionada ao parto, que motiva demandas judiciais, é a lesão do plexo braquial que, em resumo, é o deslocamento do braço do feto para poder concluir o parto normal. Esse procedimento tem gerado várias demandas judiciais, contudo solicitar que a mãe assine um Termo de consentimento livre e esclarecido declarando estar ciente de que poderá ocorrer o deslocamento do braço de seu filho parece um tanto desumano e certamente levaria a um aumento de pedidos de parto cesárea.

Assim, a delicadeza do assunto e a necessidade de uma avaliação de toda a equipe multiprofissional para se propor um protocolo para o caso, não será proposta

nenhuma minuta específica para esse procedimento, contudo, cabe demonstrar como o assunto é compreendido pelo tribunal:

DIREITO CONSTITUCIONAL, ADMINISTRATIVO, CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO INDENIZATÓRIA. DANOS MATERIAIS, MORAIS E ESTÉTICOS. DISTOCIA DE OMBRO DURANTE O PARTO. LESÃO CRÔNICA DO PLEXO BRAQUIAL. RESPONSABILIDADE OBJETIVA DO ESTADO. AUSÊNCIA DE NEXO DE CAUSALIDADE. IMPREVISIBILIDADE DA OCORRÊNCIA. SENTENÇA MANTIDA. 1. Cuida-se de ação de reparação de danos movida sob a alegação de falha na prestação do serviço público de saúde ante a ocorrência de lesão crônica do plexo braquial (paralisia definitiva do membro superior direito) decorrente de distocia de ombro durante a realização de parto normal. 2. Nos termos do artigo 37, §6º da Constituição Federal, a responsabilidade civil do Poder Público pelos danos que seus agentes causarem a terceiros é de natureza objetiva, porque fundada na teoria do risco administrativo. No entanto, há que ser provado o nexo de causalidade entre a conduta do agente público e o dano, sem o qual não há o dever de indenizar.

3. No caso, não restou provado o nexo de causalidade, na medida em que não demonstrado que a distocia de ombro e a lesão crônica do plexo braquial decorreram de imperícia ou negligência na escolha do parto normal e na utilização da técnica obstétrica. Também não foi provada a negligência no atendimento pós-parto. 4. Segundo a literatura médica, a distocia de ombro se caracteriza pela dificuldade para liberação do ombro durante o parto, devido a uma desproporção entre o canal de parto e as dimensões do feto. Extrai-se de pesquisa que constitui emergência obstétrica imprevisível, ainda que haja o correto manejo obstétrico. Embora certos fatores aumentem as chances de ocorrer o problema, como a existência de diabetes, obesidade materna e macrossomia fetal, não houve prova a respeito da existência de tais fatores de risco. 5. Inexistindo nos autos prova a demonstrar a existência de nexo de causalidade entre a conduta dos agentes públicos e a seqüela sofrida pelo nascituro, deve ser mantida a sentença que acertadamente indeferiu os pedidos indenizatórios. 6. Apelo desprovido. (TJDFT - 20050111350673APC, Relator: DES. JOÃO EGMONT, Data de Julgamento: 24/02/2016)⁹⁹

AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS E PENSIONAMENTO VITALÍCIO. ALEGADO ERRO MÉDICO. HOSPITAL PÚBLICO. PARTO. DISTÓCIA DE OMBRO. AÇÃO DIRIGIDA CONTRA A PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO E OS MÉDICOS QUE REALIZARAM O PARTO. SOLIDARIEDADE.

⁹⁹ BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Apelação Cível: APC 20050111350673**. Direito civil E administrativo. Direito constitucional, administrativo, civil e processual civil. Ação indenizatória. Danos materiais, morais e estéticos. Distocia de ombro durante o parto. Lesão crônica do plexo braquial. Responsabilidade objetiva do estado. Ausência de nexo de causalidade. Imprevisibilidade da ocorrência. Sentença mantida. Relator Des. João Egmont. Julgado: 24 de fevereiro de 2016; Publicado: 01 de março de 2016. Disponível em: <https://tj-df.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/310267009/apelacao-civel-apc-20050111350673>. Acesso em: 19 maio 2022.

AUSÊNCIA. RESPONSABILIDADE OBJETIVA. ART. 37, § 6º, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. AUSÊNCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE A CONDOTA E O DANO. O médico de hospital da rede pública é parte ilegítima para figurar no polo passivo da demanda indenizatória em solidariedade com a pessoa jurídica de direito público. Agindo o médico como agente do poder público, somente o Estado poderá responder, de forma objetiva, pelos danos que aquele, eventualmente, tenha causado a terceiros. Entendimento em sentido contrário implica ter que apreciar, no mesmo processo, dois tipos distintos de responsabilidade, a objetiva do Estado e a subjetiva do agente público. Inexistindo nos autos prova robusta a demonstrar a existência de nexo de causalidade entre a conduta dos médicos que realizaram o trabalho de parto e a seqüela sofrida pelo nascituro, consistente em distocia de ombros, mas ao contrário, que o resultado decorreu de mero caso fortuito, deve ser indeferido o pedido de indenização por dano moral e material e de pensionamento vitalício em razão do evento danoso. (TJDFT - 20020110169354APC, Relator: DES. NATANAEL CAETANO, Data de Julgamento: 07/07/2010)¹⁰⁰

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. DANOS MORAIS E MATERIAIS. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. PARTO. DISTOCIA DE OMBRO. LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL. IATROGENIA. NEXO DE CAUSALIDADE AFASTADO. 1. Hipótese de ocorrência de distocia de ombro em neonato, por ocasião do parto, tendo havido lesão do plexo braquial da criança. 2. A responsabilidade civil do Estado prevista no art. 37, § 6º, da Constituição Federal compatibiliza-se com a Teoria do Risco Administrativo, que prevê a responsabilidade objetiva pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros. 3. De acordo com a teoria da causalidade adequada, para que se observe o nexo de causalidade, é preciso verificar se a ação ou omissão imputada ao agente era ou não adequada para produzir o dano. 4. A respeito da iatrogenese, convém destacar tratar-se de "termo técnico que qualifica a nova epidemia de doenças provocadas pela medicina, iatrogenese, é composto das palavras gregas iatros (médico) e genesis (origem). Em sentido estrito, uma doença iatrogênica é a que não existiria se o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão recomendam. Por essa definição, tem-se o direito de processar o médico prudente que não submeteu seu paciente a um tratamento admitido pelas práticas profissionais por temer que os efeitos desse ato lhe fossem nocivos" (Illich, Ivan. A expropriação da saúde. Nêmesis da Medicina. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975, p. 17.). Dessa forma, o dano propriamente iatrogênico é inerente ao tratamento médico. 5. Para Irany Novah Moraes (MORAES, Irany Novah. Erro médico e a Lei. 5. ed. São Paulo: RT, 2003, p. 489), a iatrogenia pode ocorrer em três modalidades. Na primeira, as lesões

¹⁰⁰ BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Apelação Cível: APC 20020110169354**. Ação de indenização por danos materiais e morais e pensionamento vitalício. Alegado erro médico. Hospital público. Parto. Distocia de ombro. Ação dirigida contra a pessoa jurídica de direito público e os médicos que realizaram o parto. Solidariedade. Ausência. Responsabilidade objetiva. Art. 37, § 6º, da Constituição Federal. Ausência de nexo causal entre a conduta e o dano. Relator Des. Natanael Caetano. Julgado: 07 de julho de 2010;. <https://homolog.buscajuris.com.br/julgados/92faf675-86ca-07ed-f7c5-2a6bb40318bc>. Acesso em: 20 de maio de 2022.

são previsíveis. O procedimento médico ocasiona, por sua natureza, determinadas sequelas no paciente, como no caso de mastectomia ou mesmo de amputação terapêutica. Na segunda, as lesões são previsíveis, mas curialmente não esperadas, decorrendo do risco natural existente em qualquer procedimento médico, como na hipótese de reações alérgicas a certos fármacos ou insumos, como contrastes radiológicos. Finalmente, na terceira, os resultados lesivos decorrem do modo da prestação dos serviços médicos. O caso dos autos se ajusta à segunda hipótese. 6. Na hipótese vertente, o laudo pericial produzido nos autos concluiu que o procedimento levado a efeito pela da equipe médica foi adequado ao caso e que não é possível afirmar que as manobras utilizadas pelos médicos para reverter a distocia de ombro causaram a lesão. 7. Não demonstrado o nexo de causalidade entre a conduta lesiva imputada ao agente e o dano alegado, não pode subsistir a alegada obrigação de indenizar. 8. Recurso conhecido e desprovido. (TJDFT - 20160110445088APC, Relator: DES. ALVARO CIARLINI, Data de Julgamento: 26/06/2019, Data de Publicação: 19/07/2019)¹⁰¹

Os casos julgados demonstram que as questões que envolvem esse procedimento devem receber uma atenção maior e que, sem dúvida, a solução requer atenção para o processo de comunicação, informação e a humanização, situações que ainda não estão plenamente resolvidas no caso do HUOP.

4.1.4 Atendimento Humanizado

Entre os macro-objetivos do Programa HumanizaSUS está a ampliação das ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários, sendo o HUOP um hospital-escola, cujo atendimento é 100% de pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde, está, portanto, diretamente inserido no referido programa.

A questão central da pesquisa era identificar as falhas de comunicação que geraram as demandas judiciais, contudo, como já exarado, no decorrer da pesquisa e

¹⁰¹ BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Apelação Cível: APC 20160110445088**. Apelação cível. Ação de indenização. Danos morais e materiais. Responsabilidade civil do estado. Parto. Distocia de ombro. Lesão do plexo braquial. Iatrogenia. Nexo de causalidade afastado. Relator Des. Álvaro Ciarlini. Julgamento em 26/06/2019. Publicação em 19/07/2019. Disponível em: <https://homolog.buscajuris.com.br/julgados/c7e3349b-4aaa-9e08-d817-5d0c6c59c6d2>. Acesso em: 20 de maio de 2022.

principalmente nas considerações do trabalho junto à gestão do HUOP, e a coordenação de humanização, criou-se a expectativa de construção coletiva daquilo que representará o olhar diferenciado para o processo de comunicação e a mudança, em vários momentos das relações entre o médico e o seu paciente. Para além da comunicação, como procedimento implantado e rotina de trabalho, está a equipe de humanização que terá um papel fundamental junto ao corpo técnico de atendimento médico-hospitalar, pois deverá pensar um novo modo de ser e fazer os atendimentos no HUOP, pautados sobretudo no respeito à vida humana.

O atendimento humanizado caracteriza-se pela atenção, diálogo e escuta qualificada não só entre o médico e o seu paciente/familiar, mas entre toda a equipe médico-hospitalar, promovendo uma transformação no âmbito do atendimento em saúde, permitindo um entendimento melhor da situação vivenciada por ambos, pautada pela ética e facilitando os resultados esperados do cuidado prestado, com aceitação explícita do paciente ao tratamento proposto. Aqui percebe-se que a comunicação integra a ação humanizada, conforme também as palavras de Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira, Neusa Collet e Cláudia Silveira Viera¹⁰²:

Isto é, sem comunicação não há humanização. A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, ou seja, viabilizar nas relações e interações humanas o diálogo, não apenas como uma técnica de comunicação verbal que possui um objetivo pré-determinado, mas sim como forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam propiciar o bem-estar recíproco.

A comunicação eficaz deve ocorrer desde o acolhimento do paciente e seus familiares no momento de sua chegada para atendimento no HUOP. Esse acolhimento inclui o reconhecimento que a queixa do paciente é legítima e deve ser levada em consideração e envolve uma escuta qualificada para determinar a vulnerabilidade, gravidade e risco do paciente, definindo assim a prioridade do atendimento.

¹⁰² OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves; COLLET Neusa, Viera Cláudia Silveira. **A humanização na assistência à saúde**. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2006. março-abril; 14(2):277-84. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/dvLXxtBqr9dNQzjN8HWR3cg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2022.

Somado a esse acolhimento humano, não menos importante é o ambiente/espço físico do hospital que deve ser adequado para ser saudável, acolhedor, confortável e até mesmo bonito, pois os corredores dos hospitais são espaços considerados “frios”, então deixá-los pintados em cores suaves e bem conservados pode mudar essa forma de ver o ambiente. Discutir as reformas coletivamente pode ser a solução para adequar os espaços às necessidades dos usuários e dos profissionais da saúde e pode gerar reflexos na forma do atendimento e na forma como o paciente se sente naquele espaço. Isso é um ambiente humanizado.

Outra questão que envolve a humanização e que durante o período da pandemia do COVID19 foi prejudicada, é o direito à visita e à presença de acompanhante durante a internação. Esse procedimento visa garantir o elo entre o paciente e sua rede familiar, mantendo latente o modo de vida e as relações pessoais do paciente durante o tempo de internação.

Envolver todos os personagens do HUOP em um projeto de humanização, que tenha a comunicação como centro é uma possível solução para as questões apontados nas mais diversas demandas judiciais.

A seguir, são analisados os desafios para a inclusão na rotina dos protocolos sugeridos e a implantação plena da política de humanização, sendo que esses aspectos acontecem pelas questões financeiras, pelo planejamento e pela necessidade de contratação de servidores efetivos.

4.2 Desafios para Aplicação e Uso do Protocolo na Realidade Atual do HUOP

A inclusão ou melhora de protocolos utilizados no HUOP exige a superação de alguns desafios, entre eles: a questão econômica, o déficit de pessoal, a falta de conhecimento dos profissionais sobre a política de humanização, o excesso de atividades, a conscientização da equipe, a gestão do tempo, a linguagem técnica, a educação continuada, o número excessivo de pacientes e, por se tratar de um hospital-escola, a adequação do Projeto Político Pedagógico dos cursos da área

da saúde, principalmente o do curso de Medicina, enfatizando a comunicação e treinando as habilidades entre os alunos.

O primeiro desafio a ser enfrentado é a questão financeira, embora os números indicados no Quadro 5¹⁰³ pareçam vultosos, eles são empregados na totalidade para o custeio do HUOP, incluindo nessas despesas a contratação de médicos terceirizados cujo número é considerável, conforme será demonstrado na questão do déficit de pessoal.

Cabe enfatizar que o HUOP é hospital porta aberta, vaga zero, ou seja, mesmo não havendo leito disponível, em casos de urgência de alta complexidade o paciente deve ser atendido, não havendo nenhuma recusa, o que afeta diretamente o planejamento orçamentário, pois não há como prever o número de intercorrências possíveis. Um exemplo claro é o caso da pandemia do COVID19 que trouxe grande demanda para o HUOP, embora não houvesse planejamento para suportar um aumento repentino do número de leitos necessários para a UTI, nem o isolamento de alas do hospital, exigindo um aporte financeiro exclusivo e urgente para atender àquela situação.

Assim, as mudanças de rotina com a implantação de novos protocolos ou a adequação dos já existentes vão gerar um custo adicional em despesas com o treinamento da equipe e as readequações necessárias dos espaços físicos, fatores imprescindíveis para a efetiva implantação da política de humanização.

Considerando a arrecadação, retratada no Quadro 5, e um planejamento consistente, a implantação dos protocolos propostos e sobretudo a política de humanização poderá ser abarcada sem exigir grandes ajustes para outros investimentos.

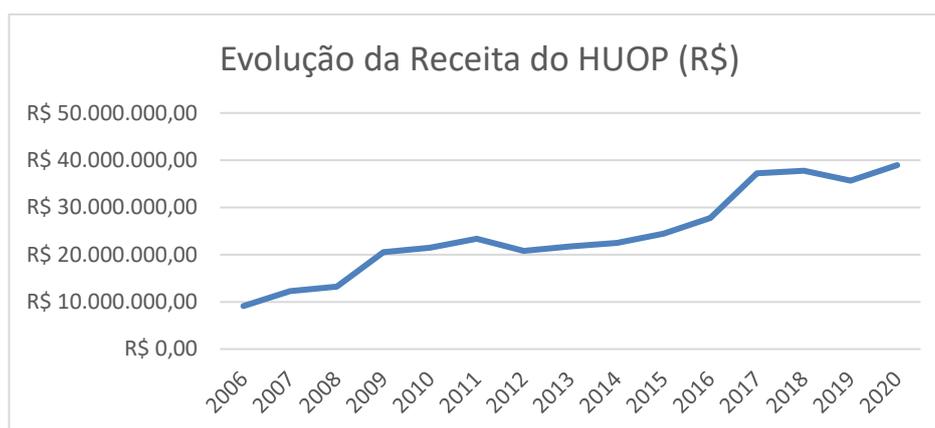
¹⁰³ UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE, **Boletim de dados 2021**. Disponível em: <https://www.unioeste.br/portal/divisao-de-informacao/boletim-de-dados>. Acesso em 19 de maio de 2022.

Quadro 5 Evolução da receita no HUOP

Ano	Receita (R\$)
2006	9.111.931,03
2007	12.298.871,97
2008	13.237.965,92
2009	20.524.977,86
2010	21.498.985,08
2011	23.345.323,16
2012	20.803.989,44
2013	21.720.877,31
2014	22.495.865,42
2015	24.439.286,21
2016	27.740.290,58
2017	37.210.138,29
2018	37.793.122,03
2019	35.684.452,98
2020	38.958.016,02

Fonte: UNIOESTE (2020).

No Gráfico 3 demonstra-se que a receita do HUOP vem crescendo ano a ano, ou seja, investimentos na área da comunicação como a implantação da humanização merecem uma atenção maior no momento do planejamento orçamentário.

Gráfico 3 Receita HUOP.

Fonte: UNIOESTE (2020)¹⁰⁴.

¹⁰⁴ UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE, **Boletim de dados 2021**. Disponível em: <https://www.unioeste.br/porta1/divisao-de-informacao/boletim-de-dados>. Acesso em 19 de maio de 2022.

Nos dados visualizados no Gráfico 3, resta demonstrado que a receita do HUOP vem evoluindo, contudo, essa evolução acompanha o aumento do número de atendimento e o aumento da área física do HUOP. Porém, o número de servidores efetivos não cresce na mesma proporção, assim um dos entraves e, talvez o de mais difícil evolução, seja a questão de contratação pessoal, pois o HUOP hoje se mantém com médicos terceirizados e um grande número de servidores (administrativos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) temporários. Essas contratações precárias trazem um problema relacionado à integração da equipe e o respectivo comprometimento com o HUOP e suas metas. Diferente do servidor efetivo, que tem uma carreira para seguir e participa de treinamentos, discute as melhorias do ambiente, pois ele sabe que toda a sua vida laboral pode ser desenvolvida naquele local. O Quadro 6 demonstra em números a área física, os atendimentos e a contratação de servidores.

Quadro 6 Evolução da área física, atendimentos e contratação de servidores

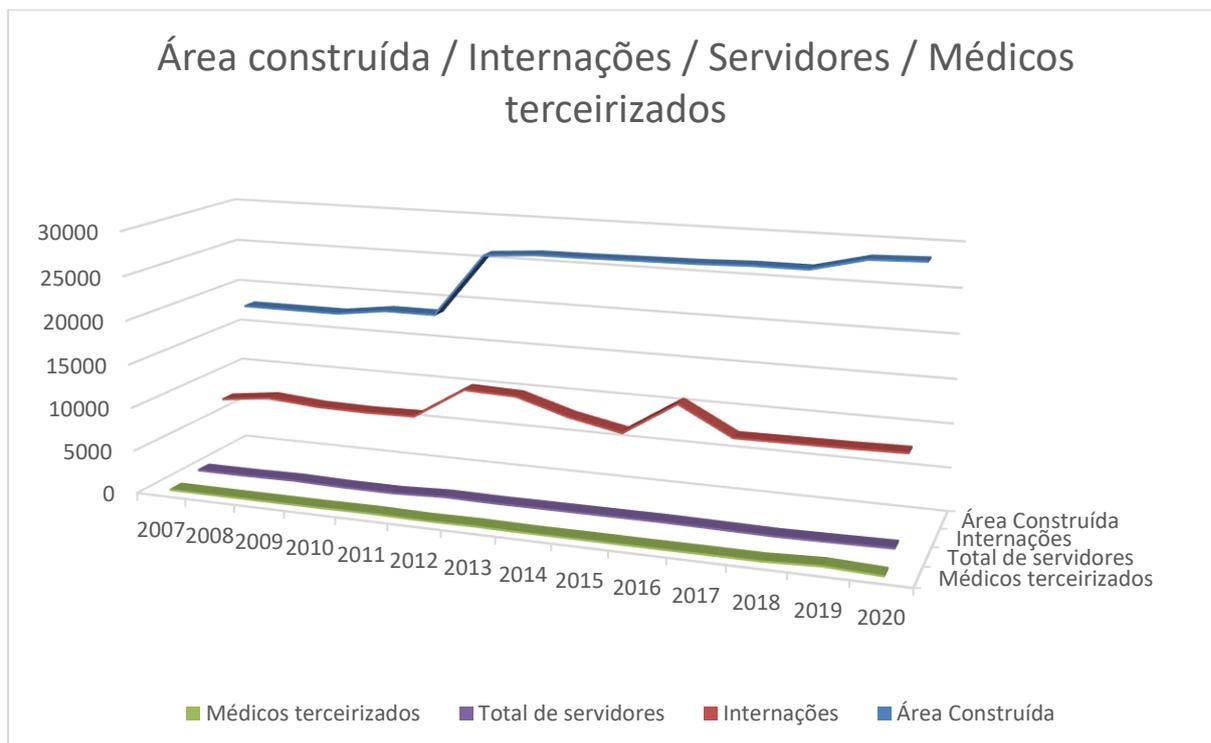
Ano	Área Construída	Internações	Leitos	Servidores efetivos	Servidores efetivos ISEP	Servidores temporários	Médicos terceirizados
2007	17.769,58	7667	173	491	149	0	135
2008	17.769,58	8396	173	491	146	12	135
2009	17.769,58	7912	183	576	143	16	138
2010	18.539,39	7812	183	585	0	21	138
2011	18.539,39	7913	195	582	0	21	192
2012	25.919,33	11617	195	636	182	32	106
2013	26.360,33	11414	195	570	176	40	164
2014	26.399,66	9601	195	598	167	51	98
2015	26.485,05	8394	195	587	163	87	120
2016	26.556,39	12282	215	585	155	122	113
2017	26.743,39	9075	215	576	150	73	135
2018	26.743,39	9134	238	584	129	9	130
2019	28.200,95	9183	236	567	119	128	388
2020	28.394,77	9300	296	568	117	236	124

Fonte: UNIOESTE (2020)¹⁰⁵ – Dados adaptados pela autora.

¹⁰⁵ UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE, **Boletim de dados 2021**. Disponível em: <https://www.unioeste.br/porta1/divisao-de-informacao/boletim-de-dados>. Acesso em 19 de maio de 2022.

O Gráfico 4 possibilita uma visualização comparativa da evolução da área física e dos atendimentos realizados no hospital, e a estagnação do número de servidores para atender toda a demanda, ou seja, confirma que o HUOP evoluiu em vários fatores com exceção da ampliação de seu capital humano.

Gráfico 4 Comparativo da evolução da área física, atendimentos X números de profissionais



Fonte: UNIOESTE (2020) – Dados adaptados pela autora.

O HUOP tem um diferencial, pois enquanto outros hospitais universitários do estado têm médicos efetivos, o HUOP tem todo o seu quadro clínico formado por médicos terceirizados, contratados via chamamento público. Portanto, não há envolvimento desses profissionais na política de melhoria no hospital, pois são contratados para executarem somente os plantões médicos.

Uma das soluções no caso de médicos, seria os docentes médicos se engajarem para implantar a política de humanização no HUOP de forma efetiva com o envolvimento dos alunos e médicos residentes. Assim, os médicos e servidores temporários ou terceirizados teriam uma diretriz a seguir, como regra dentro do hospital.

Outro aspecto que merece destaque é a adequação dos Projetos políticos pedagógicos dos cursos da área da saúde, principalmente do curso de Medicina e da residência médica. O PPP já contempla, como princípio geral da formação do graduando, a comunicação, mas, é importante que sejam explicitados de modo intensificado, nos planos de ensino das diversas disciplinas, os conteúdos relacionados aos critérios e metodologias adotadas para a comunicação.

O Projeto Político-Pedagógico¹⁰⁶ do curso assim descreve:

[...]

Sobre a comunicação por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidade, profissionais o estudante é treinado nas disciplinas de Prática Médica Integrativa, LIBRAS, nas práticas ambulatoriais e nos estágios supervisionados para agir com empatia, interesse, autonomia, preservando a confidencialidade das informações da pessoa sob cuidado.

[...]

A interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade como estratégias de ensino constroem a conexão entre as diversas disciplinas e possibilitam pensar problemas não resolvidos somente por uma área, por meio de um diálogo e pode funcionar como dispositivo que contribui para fortalecer as relações entre as áreas. Ainda, a adoção dessas estratégias contribui para reconhecer as dificuldades pela abertura de caminhos para solução de eventuais problemas que ainda não estão resolvidos no processo ensino-aprendizagem e são trabalhados nas disciplinas de prática-médica integrativa I, II, III e IV.

Os temas transversais são abordados ao longo dos seis anos da graduação médica. Fundamentam-se em temas relevantes como direitos humanos, educação ambiental, educação das relações étnico-raciais, cultura afro-brasileira e indígena, e o ensino da Língua Brasileira de Sinais - Libras.

Como fator relevante para a formação de um perfil mais humanizador, procura-se demonstrar que a dimensão de conhecimento não está somente na formação técnica das ciências médicas, haja vista a necessária cientificidade de todo o processo formativo, também se acrescenta a dimensão humana. Outros conhecimentos que,

¹⁰⁶ UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE, Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão. **Resolução 241** /2019-CEPE, de 28 de fevereiro de 2019. **Altera o Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina, do Campus de Cascavel.** p.11, 12 e 13. Disponível em: <https://midas.unioeste.br/sgav/arqVrtConteudo/download?arqCntCodigo=163547>. Acesso em: 18 maio 2022.

de forma integrada, interdisciplinar e transdisciplinar instauram as condições necessárias para que os alunos possam vir a atuar em sua área de formação.

Observa-se no movimento e modificações do contexto atual da sociedade brasileira a necessidade de repensar a formação profissional e a integração dos sujeitos no universo do trabalho, nas relações humanas e sociais, valorizando o seu contexto sócio-histórico e da sua cultura. O que significa dizer que o atendimento e orientação de um paciente indígena com cultura e costumes próprios é diferente de um atendimento a um paciente falante da língua portuguesa e de cultura semelhante à do médico que o atende, orienta e acompanha. Diferente também de um paciente surdo, cuja comunicação é a Língua Brasileira de Sinais - Libras.

Cabe, portanto, ao curso preparar o estudante para o trabalho, mas também para o exercício da cidadania e reconhecimento da diversidade cultural. Sem a integração dessas dimensões, ele não conduzirá seu trabalho de forma humanizada e não alcançará os limites necessários no desenvolvimento de sua profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal aspecto a ser destacado nestas considerações finais é que a pesquisa tendo como base os processos judiciais relativos a erro médico demandados contra o Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) permitiu interpretar as práticas e as relações estabelecidas entre o médico e o paciente/familiar no ambiente hospitalar e os desdobramentos dessas práticas. O estudo ainda possibilitou conectar essas relações aos pressupostos teóricos das improbabilidades da comunicação, estabelecidas por Niklas Luhmann, aos sistemas e comportamento organizacional proposto por Stephen P. Robbins e outros autores, que contribuíram para a sustentação da hipótese estabelecida.

A pesquisa bibliográfica inicial teve como escopo os aspectos formativos do profissional médico e a correlação entre as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina – DCN's, o Projeto Político-Pedagógico do curso de Medicina da Unioeste, *campus* de Cascavel, e o Programa HumanizaSUS. Tais documentos são norteadores dessas correlações, tanto no percurso formativo quanto no programa de humanização de hospital-escola, e da exigência dos aspectos da dimensão humana na comunicação entre médico o paciente e seus familiares.

Com clareza, verificou-se que o curso de Medicina incorpora a comunicação em sua formação, ao atender a base legal conforme determinam as DCN's do curso e ao ensinar ao acadêmico sobre a comunicação, por meio da linguagem verbal e não verbal junto aos pacientes, familiares, comunidade e profissionais. Acrescentam-se ainda outros aspectos como o agir com empatia, interesse, autonomia, preservando a confidencialidade das informações da pessoa sob seu cuidado. Importante destacar a presença da disciplina de Língua Brasileira de Sinais – Libras, como linguagem brasileira oficial de comunicação entre as pessoas com deficiência auditiva, sendo discutida e dialogada como educação inclusiva na formação do médico.

Instrumentos legais como as DCN's são importantes norteadores da atividades do curso de Medicina e estão previstas em seu PPP, apontando para os princípios da comunicação entre o médico e o paciente e a ênfase que deve ser adotada ao longo da formação desses profissionais, para que de fato desenvolvam habilidades de comunicação e aprendam as expressões e os modos necessários para informar e

explicar os procedimentos adotados em determinada situação, de forma objetiva e em linguagem que alcance a compreensão do paciente, para que ele se aproprie dessa informação com clareza. Enquanto hospital-escola, o HUOP já tem adotado na formação e capacitação dos futuros profissionais (acadêmicos e médico-residentes) a boa relação de comunicação com pacientes e ou familiares. Porém, talvez o curso possa incluir como estudo de protocolos, atividades complementares ou como disciplina específica do curso, matéria cuja ementa trate de comunicação humanizada, que poderia contribuir para fortalecer as relações entre o médico e o paciente/familiar e evitar o alto índice de improbabilidades de comunicação encontrado nas ações judiciais aqui estudadas.

A criação do Programa HumanizaSUS, em 2003, pelo Governo Federal, é sintoma dessa necessidade, fundamental para um hospital-escola como o HUOP que atende 100% de pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde. A implantação desse programa direciona os procedimentos para a melhoria da comunicação entre o médico o paciente e seus familiares.

O HUOP dispõe hoje de uma das melhores infraestruturas hospitalares do Oeste e Sudoeste do Paraná, sendo o único integralmente vinculado ao Sistema Único de Saúde. O HUOP é um hospital de referência em alta complexidade e atende 119 municípios da região Oeste e Sudoeste do Paraná.

Embora esse excelente perfil técnico e um ótimo histórico de atendimentos, ainda enfrenta muitas ações judiciais. A grande maioria dessas ações tem como objeto a reparação de danos materiais e morais por suposto “erro médico”. Entretanto, a análise, revelou que os atendimentos ocorreram de acordo com as melhores práticas médicas e com toda a tecnologia disponível, contudo o resultado, por vezes, foi insatisfatório e definido como uma “tragédia” para o paciente. A forma como esse paciente ou seus familiares recebeu essa informação foi equivocada e, portanto, não compreendida, gerando, além da angústia e dor inerentes, o desejo dos pacientes/familiares de obterem uma forma de reparação. tanto pela punição do médico, do hospital e de sua equipe quanto pelo recebimento de alguma indenização financeira.

O levantamento documental realizado dentre os processos judiciais indica que entre 2003 e 2021, foram 127 as ações sofridas pelo HUOP, por supostos erro médico. Esse expressivo conjunto de processos judiciais, formado por casos julgados

associados à pesquisa empírica fundada na reflexão sobre a vivência da pesquisadora em sua atividade profissional cotidiana, sustentada, também, pelos pressupostos gerais da comunicação, em destaque a teoria de Niklas Luhmann, possibilitou uma resposta assertiva para a pergunta e a hipótese da pesquisa, confirmando que a improbabilidade da comunicação é motivadora dos referidos processos.

Como hospital-escola, o HUOP exerce um papel fundamental na formação de profissionais da área da saúde. Destaca-se que dentre as habilidades específicas, a formação do médico tem por objetivo dotar o profissional de competências de comunicação tanto com os colegas de trabalho quanto com os pacientes e seus familiares, adotando técnicas apropriadas de comunicação das ocorrências médicas com o paciente no período em que esteve aos seus cuidados, além de informar e educar seus pacientes, familiares e a comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças.

Nesse contexto acadêmico e profissional, o que se verificou é que o HUOP tem sofrido um volume acentuado de ações oriundas exatamente dos equívocos desse processo de comunicação entre os profissionais e seus pacientes e/ou familiares. Entretanto, a forma ou registro de como a informação é transmitida para o paciente e ou seus familiares pode mudar a compreensão daquele resultado do atendimento, evitando, assim, demandas judiciais que podem perdurar por anos, gerando um desgaste emocional do paciente e/ou seus familiares pela longa espera de um resultado que amenize, de algum modo, sua dor.

A partir desse contexto, confirmou-se que o problema de pesquisa, assim resumido: em que medida as (possíveis) falhas de comunicação na relação médico, paciente/família têm contribuído para judicialização em casos de atendimentos no HUOP, é um dos grandes motivador para o protocolo das ações judiciais, para a procedência da ação contra o HUOP/UNIOESTE e também para a improcedência das ação, ou seja, a ausência, a incompletude, a presença, o registro e a incompreensão da informação podem ser evidenciados em todas as decisões apresentadas neste trabalho. Assim, restou comprovado que o problema da pesquisa é de suma importância, não só para o presente trabalho, mas sobretudo, para repensar a relação médico, paciente/família em todo o contexto do HUOP.

Em busca de respostas e em atendimento ao objetivo da pesquisa, onde se buscou identificar as possíveis falhas no processo de comunicação entre o médico o

paciente e ou familiares, nos atendimentos do Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP que resultaram em demandas judiciais, aprofundou-se nas leituras e análises das ações sofridas pelo HUOP, por supostos erro médico. Os problemas de comunicação são reiterados e a análise dos processos judiciais demonstrou que as falhas de comunicação na relação médico, paciente/família refletem diretamente na falta de informação clara e objetiva e na falta de confirmação de que tal informação foi compreendida e aceita pelo paciente e ou seu familiar.

Na mesma direção, tem-se que o descontentamento com o atendimento, assim como a relação médico, paciente/família, perpassa pela humanização. O olhar para com o paciente dando atenção para suas queixas. Um profissional da saúde não pode ignorar ou subestimar o paciente e no caso HUOP a adoção de procedimentos relacionados à comunicação, pode contribuir para uma transformação significativa nas práticas e rotinas com o cuidado da saúde. Entre as ações que necessitam de mudanças está o uso de uma linguagem excessivamente técnica; registros médicos incompletos e pouco tempo dedicado ao diálogo com o paciente, para ouvir sua história, ou seja, olhar a pessoa, para além da doença.

Os desdobramentos dos objetivos específicos nessa dissertação, que inicialmente foram registrados como: entender as rotinas internas do HUOP e como se apresenta o processo de informação e procedimentos do médico relativa aos pacientes e ou seus familiares, foi pautado em apresentar e compreender o ambiente hospitalar como um organismo dinâmico e estruturado, com divisões de pessoal, cargos e responsabilidades que permitiram observar que cada pessoa responde ao setor que atua e dentro de hierarquias e estruturas organizadas. O funcionamento do HUOP e esta organização define as rotinas diárias de cada setor e depende do pleno funcionamento da instituição.

No entanto, ao transformar o Hospital Regional em Hospital Universitário em uma configuração para o ensino da medicina, a forma da organização apresentou uma transformação estrutural relevante, somada a inserção de novos profissionais nas diversas áreas. As práticas de rotinas profissionais são sistêmicas e abrangentes que precisam de sinergia, em formato de equipe, o papel de cada profissional e a quem se reportar, conforme suas atribuições no dia a dia do hospital.

Diante desse contexto, a hipótese, lançada para o estudo da Dissertação, de que os atendimentos no HUOP possam apresentar falhas de comunicação na relação

médico, paciente/família, seja pelo uso de uma linguagem excessivamente técnica, por isso incompreendida pelo paciente e seus familiares, seja pelo pouco tempo dedicado ao comunicado e sua explicação ou, ainda, a outras situações que podem gerar uma comunicação inadequada, se confirmou, pois tanto nas doutrinas estudadas e discutidas no texto, assim como nas sentenças judiciais analisadas, restou evidenciado que a discussão é ampla, e se concretiza quando resta apontado a falha ou o acerto que houve no processo de comunicação do HUOP.

Compreende-se que nas rotinas internas do HUOP, estas se apresentam principalmente, no processo de informação e procedimentos médicos, como práticas de rotinas profissionais com sinergias entre as equipes multiprofissionais. Apresentam dificuldades nas execuções e de plena interrelação entre os setores do HUOP e o ensino. São fatores relevantes quando se aponta para a necessidade de melhorar a comunicação e a necessidade de implantação dos protocolos de rotinas baseados em processo de informação e procedimentos médico-hospitalares e sobretudo da política de humanização, com a comunicação também humanizada junto aos pacientes e ou seus familiares, e sobretudo da capacitação da equipe. Independentemente do valor financeiro aplicado para a definição destes protocolos, importante ressaltar que ações poderão ser abarcadas sem exigir grandes investimentos.

Ao mesmo tempo que propõe-se protocolos com vistas à redução das improbabilidades e a otimização do processo de comunicação entre médico e o pacientes e ou seu familiares, ressalta-se que ao agregar os protocolos e rotinas baseados em processo de informação, alguns cuidados são necessários: Para o conjunto normativo devidamente implantado e aplicado, deve-se cuidar para que a rotina não se transforme em excesso burocrático, e que as pessoas que ali trabalham, os pacientes e seus familiares, não se tornem apenas peças de procedimentos.

Assim, no resgate da teoria de Niklas Luhmann, cujo problema da comunicação na primeira improbabilidade diz respeito à consciência do indivíduo, ou seja, que a pessoa compreende o que está sendo comunicado, verifica-se que o resultado desse diálogo restrito dessa ausência ou pouca informação, em linguagem compatível com o grau de entendimento do leigo, têm sido pacientes insatisfeitos. E, esses pacientes são os que buscam no sistema judiciário a atenuação da sua insatisfação com o atendimento que receberam.

As demandas analisadas demonstram que, na maioria dos casos, houve a informação e o registro dela em prontuário, contudo faltou a confirmação de que o paciente realmente entendeu o que lhe estava sendo explicado e aceitou aquela informação como justificativa suficiente diante do resultado apresentado.

A forma da comunicação, assim como o registro das informações sobre os pacientes e os procedimentos adotados pelos médicos e profissionais, pode fazer com que o receptor não veja só o lado negativo da informação, mas de alguma forma consiga entender e repassar a quem de direito todo o atendimento que lhe foi dispensado.

O saber comunicar sua ação torna o médico um profissional que não apenas trata a enfermidade, mas que atende o paciente em toda sua dimensão humana. Essa atenção, muitas vezes, será o termo que determinará se o doente aceitará o resultado do tratamento e procedimentos adotados ou buscará imputar ao médico a culpa pelo resultado que considerou insatisfatório ou lesivo.

A segunda improbabilidade de Niklas Luhmann se refere ao espaço e tempo em que a comunicação é feita, como os receptores que não estejam presentes naquele momento irão receber e compreender o que está sendo comunicado. Aqui, destaca-se a importância dos registros e procedimentos, uma vez que, em muitas ocorrências, é o único elo de comunicação entre os pacientes e o médico. O prontuário, preenchido de tal forma que prevê os procedimentos adotados, pode ser a diferença entre a compreensão e a incompreensão das informações, determinando a satisfação ou insatisfação dos pacientes, portanto, cabe enfatizar que a confiança nos registros é fundamental para o êxito do processo comunicacional entre médicos, equipes de saúde e paciente/família.

A terceira improbabilidade de Niklas Luhmann está ligada à aceitação da comunicação, para esse pensador o ato de entender não é o mesmo, nem implica aceitar. Assim, mesmo com as informações nos prontuários médicos e diálogos dos procedimentos adotados, as ações são impetradas contra o HUOP.

Assim, os procedimentos adotados devem observar as seguintes premissas: quais são as informações relevantes sobre o paciente e seu atendimento que devem constar e ser transmitidas; de que modo devem constar nos prontuários, para que atendam às necessidades do registro médico e acesso à informação sobre os

tratamentos e os procedimentos adotados pelo médico e pela equipe hospitalar com determinado paciente.

A presente pesquisa identificou, um conjunto de ações judiciais interpostas contra a Unioeste (HUOP e médico), aquelas nas quais se possa reconhecer que a ausência de uma comunicação fundada no apreço ao doente, mediada por ampla explanação em linguagem compatível com o momento e com as condições emocionais, levaram o paciente/família a acreditar que o resultado poderia ser outro e, se não foi é porque teria ocorrido, em algum ponto do atendimento/tratamento, imperícia ou negligência do médico que o atendeu.

Além de demonstrar a importância da formação do médico desde a graduação, já pretendendo reconhecer e desenvolver a melhor forma de comunicação entre médico e o paciente e ou sua família.

Observou-se, porém, que não há uma rotina interna que regulamente o processo de comunicação e a forma de transmissão e registro das informações dadas aos pacientes ou a seus familiares. A legislação que envolve o sistema de saúde e os procedimentos médicos trazem de forma clara que a informação é um direito do paciente e um dever do médico, portanto, a relação médico, paciente/família poderá ser melhorada em muitos aspectos se a instituição, após discutir com todos os envolvidos, adotar um protocolo de comunicação amplo e com os devidos registros em prontuário ou com a ciência do paciente em termos específicos.

Ao se deparar, durante o estudo, com as várias discussões que envolvem o tema e, mais diretamente com as ações judiciais contra a Unioeste/HUOP, ficou claro que todo o processo de comunicação perpassa a formação do médico e o ambiente no qual ela está inserida, ou seja, a habilidade de se comunicar com o paciente deve ser ensinada já na sala de aula, ao longo do curso de medicina e aplicada na prática durante os estágios e o internato e continuar esse aprendizado na residência médica e, ainda, de modo contínuo ao longo de toda a formação e prática médica.

Mas voltar o olhar para a comunicação e sua importância como fundamento de uma boa relação médico, paciente/família deve envolver também a atenção de toda a equipe multiprofissional, inclusive o médico professor, pois de nada adiantará o aluno querer aprender, se não encontrar respaldo na importância que se atribui a essa prática e não conceder o espaço necessário para esse aprendizado.

O que se percebeu é que os problemas enfrentados pela Unioeste/HUOP não são privilégio desse hospital, ao contrário, considerando os debates e as doutrinas existentes, além das diversas publicações e ações judiciais analisadas, esse problema é enfrentado por muitos hospitais e profissionais.

Como se verificou, há muito o que fazer na área da comunicação para fortalecer a relação médico, paciente/família e no ambiente do hospital. Mas há, também, desafios a serem superados e não são poucos. Embora tenham sido apresentados alguns protocolos que podem melhorar a referida relação, conclui-se que a satisfação do paciente está diretamente relacionada com a prática adotada pelo médico e pela equipe multiprofissional e a forma que ele é tratado e o ambiente em que é recebido. A política de humanização é uma ação objetiva que vem para mudar o que já se tem como o senso comum de que no serviço de saúde pública ninguém é bem tratado, falta tudo, o paciente é largado à própria sorte, entre outras tantas situações apontadas, em especial, por pacientes insatisfeitos ou familiares mal atendidos.

A humanização desde a recepção do paciente/família até a sua total recuperação abrange todos os protocolos discutidos e está diretamente relacionada com a forma de olhar para o paciente, vendo além da doença, ouvindo suas queixas, dando crédito e atenção a elas e a sua história.

A implantação efetiva de uma política de humanização no HUOP é a alternativa econômica e administrativamente viável para reduzir as improbabilidades e otimizar o processo de comunicação entre médico, paciente/família, contudo, certamente ainda haverá pacientes/familiares insatisfeitos.

A relação estabelecida entre profissionais e usuários do sistema deve ser analisada por vários meios e visões. O presente estudo, definiu como foco a comunicação existente na relação do HUOP e seus pacientes, mais especificamente na observação das falhas que têm gerado insatisfação de alguns desses pacientes e de seus familiares; porém, a relação médico, paciente/família é um tema cujo estudo não se supera totalmente em um só trabalho, como o ora apresentado. No decorrer do estudo percebeu-se que há muito mais a ser feito, relacionado à área jurídica, pois as inserções de protocolos propostas, além de resolverem problemas legais, podem assegurar que os pacientes do HUOP tenham os seus direitos respeitados, principalmente em relação ao recebimento de todas as informações e esclarecimentos necessários, referentes a sua saúde e ao tratamento que lhes foi ou será dispensado.

Assim, destaca-se que o tema merece muita atenção, precisa e deve ser objeto de constante análise e estudo, sendo um deles a sequência da pesquisa ora apresentada, principalmente a avaliação dos dados após a implementação dos protocolos e da política de humanização com o objetivo de que os indicadores sejam direcionados para melhorar a comunicação e conseqüentemente o atendimento integral aos pacientes do HUOP, cumprindo assim a função social da UNIOESTE.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Ricardo de Macedo Menna; ROCHA, Leonel Severo. Confiança, virtude e perdão como fontes do direito. **Revista Estudos Legislativos**. Porto Alegre, ano 4, n. 4, p. 17-39, 2010. Disponível em: https://submissoes.al.rs.gov.br/index.php/estudos_legislativos/issue/download/8/8. Acesso em: 09 abr. 2022.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 18 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**. Documento de base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimp. - Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2010. 77 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 20 abr. 2022

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 48**, de 11 de fevereiro de 1999. Inclui novos procedimentos nos grupos de procedimentos da tabela do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde – SIH/SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0048_11_02_1999.html. Acesso em: 18 maio 2022.

BRASIL. **Lei 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 18 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina, **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – p. 8-11. Acesso em: 24 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e Ministério da Ciência e Tecnologia. **Portaria Interministerial nº 562**, de 12 de maio de 2003. Constituir Comissão Interinstitucional. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_interministerial_562.pdf. Acesso em: 13 fev. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça-STJ. **RECURSO ESPECIAL Nº 1.848.862 - RN (2018/0268921-9)**. Ação de indenização por danos morais. Procedimento cirúrgico realizado para resolver síndrome da apneia obstrutiva do sono (saso). Falecimento do paciente. Negativa de prestação jurisdicional. Não ocorrência. Falha no dever de informação acerca dos riscos da cirurgia. Constatação apenas de consentimento genérico (blanket consent), o que não se revela suficiente para garantir o direito fundamental à autodeterminação do paciente. Restabelecimento da condenação que se impõe. Redução do valor fixado, considerando as particularidades da causa. Recurso provido parcialmente. Relator **MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE**. Julgado: 05 de abril de 2022; Publicado: 08 de abril de 2022. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1455143407/recurso-especial-resp-1848862-rn-2018-0268921-9>. Acesso em: 19 maio 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça-STJ. **RECURSO ESPECIAL Nº 1540580 / DF (2015/0155174-9)**. Recurso especial. Violação ao art. 535 do CPC/1973. Não ocorrência. Responsabilidade civil do médico por inadimplemento do dever de informação. Necessidade de especialização da informação e de consentimento específico. Ofensa ao direito à autodeterminação. Valorização do sujeito de direito. Dano extrapatrimonial configurado. Inadimplemento contratual. Boa-fé objetiva. Ônus da prova do médico. Relator **MINISTRO LÁZARO GUIMARÃES**. Julgado: 02 de agosto de 2018; Publicado: 04 de setembro de 2018. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/621592003/recurso-especial-resp-1540580-df-2015-0155174-9>. Acesso em: 19 maio 2022.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Apelação Cível: APC 20020110169354**. Ação de indenização por danos materiais e morais e pensionamento vitalício. Alegado erro médico. Hospital público. Parto. Distocia de ombro. Ação dirigida contra a pessoa jurídica de direito público e os médicos que realizaram o parto. Solidariedade. Ausência. Responsabilidade objetiva. Art. 37, § 6º, da Constituição Federal. Ausência de nexo causal entre a conduta e o dano. Relator Des. Natanael Caetano. Julgado: 07 de julho de 2010; <https://homolog.buscajuris.com.br/julgados/92faf675-86ca-07ed-f7c5-2a6bb40318bc>. Acesso em: 20 de maio de 2022

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Apelação Cível: APC 20160110445088**. Apelação cível. Ação de indenização. Danos morais e materiais. Responsabilidade civil do estado. Parto. Distocia de ombro. Lesão do plexo braquial. Iatrogenia. Nexo de causalidade afastado. Relator Des. Álvaro Ciarlini. Julgamento em 26/06/2019. Publicação em 19/07/2019. Disponível em: <https://homolog.buscajuris.com.br/julgados/c7e3349b-4aaa-9e08-d817-5d0c6c59c6d2>. Acesso em: 20 de maio de 2022.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Apelação Cível: APC 20050111350673**. Direito civil E administrativo. Direito constitucional, administrativo, civil e processual civil. Ação indenizatória. Danos materiais, morais e estéticos. Distocia de ombro durante o parto. Lesão crônica do plexo braquial. Responsabilidade objetiva do estado. Ausência de nexo de causalidade. Imprevisibilidade da ocorrência. Sentença mantida. Relator Des. João Egmont. Julgado: 24 de fevereiro de 2016; Publicado: 01 de março de 2016. Disponível em: <https://tj->

df.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/310267009/apelacao-civel-apc-20050111350673. Acesso em: 19 maio 2022.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Apelação Cível, Nº 70079037768**. Nona Câmara Cível. Apelação Cível. Responsabilidade Civil. Erro Médico. Procedimento de lipoaspiração. Intercorrência posterior que vitimou a paciente. Episódio alérgico. Inexistência de imprudência, Imperícia ou negligência. Ausência do dever de indenizar. Improcedência mantida. Relator Des. Tasso Caubi Soares Delabary. Julgado: 14 de novembro de 2018; Publicado: 16 de novembro de 2018. Disponível em <https://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/648506442/apelacao-civel-ac-70079037768-rs>. Acesso em: 19 maio 2022.

BRASIL. Tribunal Regional Federal – 2ª Região. Apelação - Recursos - Processo cível e do trabalho. **Autos 0019131-40.2010.4.02.5101**. Direito civil E administrativo. Apelação. Atendimento médico. Cirurgia de laqueadura. Gravidez subsequente. Dano moral e pensionamento. Relatora Des. Fed. Nizete Lobato Carmo. Julgado: 01 de agosto de 2016; Publicado: 25 de agosto de 2016. Disponível em: <https://homolog.buscajuris.com.br/julgados/32ac246a-1a8a-a92d-abbe-0c9d213e92e5>. Acesso em: 19 maio 2022.

CANAL, Raul. **Erro médico e judicialização da medicina**. Brasília: Saturno, 2014. 288 p.

CASTRO, Carolina Fernandes; QUINTANA, Alberto Manuel; OLESIAK, Luísa da Rosa; MÜNCHEN, Mikaela Aline Bade. Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde. **Rev. Bioética**, Brasília, v. 28 n. 3, Jul./Set. 2020. Acesso em: 16 maio 2022. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2213. Acesso em: 12 fev. 2022.

CERON, Mariane. **Habilidades de comunicação**: abordagem centrada na pessoa. São Paulo: UNA-SUS, UNIFESP, 2010. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf. Acesso: 23 abr. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Código de ética médica**: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. Resolução nº 1.638/2002 - CFM. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-185. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em: 5 mar. 2022.

DAMACENA, Fernanda Dala Libera; HOHENDORFF, Raquel V. Organização e (im)probabilidade da comunicação: a inovação metodologia como ponte para a redução da complexidade no ensino do Direito. ***Duc In Altum - Cadernos de Direito***, Recife, v. 8, n. 15, p. 57-88, maio/ago. 2016. Disponível em: <<http://www.faculadadedamas.edu.br/revistafd/index.php/cihjur/article/view/368/352>>. Acesso em: 19 maio de 2022.

FRANÇA, Genival Veloso. **Comentários ao código de ética médica**. 7. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. 420 p. p. 131. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527735247/>. Acesso em: 19 maio 2022.

GUERRA, Juliana; NEPOMUCENO, Mariana. O ensino da comunicação empática na graduação em medicina em uma faculdade pernambucana. **REVASF**, Petrolina-Pernambuco - Brasil, vol. 10, n.21, p. 120-147, maio/junho/julho/agosto, 2020. (Dossiê Ensino da Comunicação em Saúde e Edição Regular).

HOHENDORFF, Raquel Von. **A contribuição do *safe by design* na estruturação autorregulatória da gestão dos riscos nanotecnológicos**: lidando com a improbabilidade da comunicação inter-sistêmica entre o direito e a ciência em busca de mecanismos para concretar os objetivos de sustentabilidade do milênio. 2018. 478 f. Tese (Doutorado em Direito) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, 2018. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/7055>. Acesso em: 12 jan. 2022

KFOURI NETO, Miguel. **Culpa médica e ônus da prova**. São Paulo: RT; 2002.

LAPREGA, Milton Roberto. **Hospitais de ensino no Brasil**: história e situação atual. 293 f. 2015. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP, 2015. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3693160/mod_resource/content/1/Os%20hospitais%20de%20ensino%20no%20Brasil%20hist%C3%B3ria%20e%20situa%C3%A7%C3%A3o%20atual.pdf. Acesso em: 14 abr. 2022.

SOETEMAN-HERNÁNDEZ, Lya G.; SUTCLIFFE, Hilary R.; SLUIJTERS, Teun; GEUNS, Jonathan Van; NOORLANDER, Cornelle W.; SIPS, Adriëne J. A. M. **Modernizing innovation governance to meet policy ambitions through trusted environments**. *NanoImpact*. Volume 21. 2021. 100301. ISSN 2452-0748. <https://doi.org/10.1016/j.impact.2021.100301>. Disponível em: (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452074821000100>). Acesso me 07 de jun. 2022.

LUHMANN, Niklas. **A improbabilidade da comunicação**. Tradução Anabela Carvalho. 3. ed. Lisboa: Vega, 2001.

LUHMANN, Niklas. **Confianza**. México. Universidad Iberoamericana, 1996.

LUHMANN, Niklas. **La sociedad de la sociedad**. México: Herder, 2007.

LUZ, Madel. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade moderna. Editor: Rodrigo Murtinho. – Rio de Janeiro: Fiocruz. Edições Livres, 2019. 184 p.

MACHADO, Maira Rocha. O estudo de caso na pesquisa em direito. In: MACHADO, Maíra Rocha (Org.). **Pesquisar empiricamente o direito**. São Paulo: Rede de Estudos Empíricos em Direito, 2017. p. 357-389.

MANSILLA, Darío Rodríguez. **Gestión organizacional**. Elementos para su estudio. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, 2001.

MEDEIROS, Walter. A história do hospital que resolveu fazer humanização. In: **Poemas de cordel**. Coletânea de versos de Walter Medeiros e outros cordelistas nordestinos. Disponível em: <http://www.rnsites.com.br/cordeis-hospital.htm>. Acesso em: 10 maio 2021.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves; COLLET Neusa; SILVEIRA, Viera Cláudia. **A humanização na assistência à saúde**. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2006. março-abril; 14(2):277-84. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/dvLXxtBqr9dNQzjN8HWR3cg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2022.

MOORE, Philippa; GÓMEZ, Gricelda; KURTZ, Suzane. **Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente**. Aten Primaria. 2012; 44(6) :358---365. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-comunicacion-medico-paciente-una-competencias-basicas-S0212656711004239>. Acesso em: 07 jun. 2022.

PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Comunicação e direito à saúde**. 2007. 215 f. Tese (Doutorado em Direito) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2007. Disponível em: <http://dominiopublico.mec.gov.br/download/teste/arqs/cp072014.pdf>. Acesso em 10 jan. 2022.

REGO, Sérgio Tavares de Almeida. **A formação ética dos médicos**: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. *Online*. ISBN 978-85-7541-324-1. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413241>. Acesso em: 22 jan. 2021.

ROBBINS, Stephen P. **Comportamento organizacional**. Tradução Christina Ávila de Menezes. 8. ed. São Paulo: LTC, 1999.

ROCHA, Leonel Severo; KÖLLING, Gabrielle Jacobi; OLSSON, Gustavo André. Interações entre o sistema da medicina e da saúde: observações a partir da teoria dos

sistemas sociais. **Sequência**, Florianópolis, n. 83, p. 160-192, dez. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5007/2177-7055.2019v41n83p160>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SANDERS, Lisa, 1956. **Todo paciente tem uma história para contar**: mistérios médicos e a arte do diagnóstico. Tradução Diego Alfaro. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

SILVA, Paulo Eduardo Alves. Pesquisas em processos judiciais. In: MACHADO, Maíra Rocha (Org.). **Pesquisar empiricamente o direito**. São Paulo: Rede de Estudos Empíricos em Direito, 2017. p. 275- 320.

SILVA, Pedro Ribeiro. A comunicação na prática médica: O seu papel como componente terapêutico. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 24, n. 4, p. 505-512, jul. 2008. ISSN 2182-5181. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10531>. Acesso em: 19 jan. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v24i4.10531>.

SOUZA, Dâmaris de Martins; NOLDIN, Pedro Henrique Piazza. **Dever informacional: seus aspectos e validade na relação médico-paciente**. Medicina e Direito: artigos e banners premiados no IX Congresso Brasileiro de Direito Médico, Brasília (DF), 4 e 5 de setembro de 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/biblioteca/>. Acesso em: 18 abril 2022.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE. **Boletim de dados**. 2021. Disponível em: <https://www.unioeste.br/portal/divisao-de-informacao/boletim-de-dados>. Acesso em: 10 mar. 2022.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE. Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. **Resolução nº 053/2011**, de 26 de abril de 2011, Aprova o Regulamento do Programa de Residência Médica, do Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas, do *campus* de Cascavel, para os ingressantes a partir do ano de 2011. Disponível em: <https://midas.unioeste.br/sgav/arqvirtual#/detalhes/?arqVrtCdg=15143>. Acesso em 19 abr. 2022.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE. Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. **Resolução nº 200/2012**, de 29 de novembro de 2012. Aprova o Projeto Pedagógico do curso de Medicina, do *campus* de Cascavel. Disponível em: <https://midas.unioeste.br/sgav/arqvirtual#/detalhes/?arqVrtCdg=6786>. Acesso em: 20 abr. 2022.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE. Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão. **Resolução nº 241**, de 28 de fevereiro de 2019. Altera o Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina, do *campus* de Cascavel. Disponível em: <https://midas.unioeste.br/sgav/arqVrtConteudo/download?arqCntCodigo=163547>. Acesso em: 18 maio 2022.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE/HUOP. **Plano Diretor do Hospital Universitário do Oeste do Paraná**. Disponível em: <https://www.unioeste.br/portal/institucional-huop/plano-diretor-hu-2016-2020>. Acesso em: 20 fev. 2022.

VIDEIRA, Assis. Consultoria e advocacia. **Dados e estatísticas sobre a judicialização da medicina**. Belo Horizonte, MG: Assis Videira, 2018. Disponível em: <https://www.assisvideira.com.br/v2017/content/uploads/2018/08/DADOS-E-ESTAT%C3%8DSTICAS.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2022.

WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, Janet Helmick; JACKSON, Don D. **Pragmática da comunicação humana**. Um estudo dos padrões, patologia e paradoxos da interação. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1993. 263 p.

WITISKI, Mateus; MAKUCH, Débora Maria Vargas; ROZIN, Leandro; MATIA, Gracieli. Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**, 18(3) e46988. Jul.-Set 2019. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v18i3.46988. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/46988>. Acesso em: 22 fev. 2022.

ANEXO

ANEXO A INSTRUÇÃO DE SERVIÇO 004/2022



INSTRUÇÃO DE SERVIÇO Nº004/2022

DATA: 13 de abril de 2022.

SÚMULA: DETERMINAR FLUXO DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES DO CENTRO OBSTÉTRICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ.

O DIRETOR GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, no uso de suas atribuições;

Considerando a necessidade de normatizar o fluxo de atendimento de pacientes do centro obstétrico;

Considerando recebimento da decisão exarada nos autos nº 0003593-84.2022.8.16.0021, o qual determina que a União, através do Hospital Universitário do Oeste do Paraná adote medidas administrativas a fim de que seja garantido as gestantes e parturientes direito de opção da modalidade de parto;

RESOLVE:

Art.1º Para todas as pacientes que derem entrada no Centro Obstétrico de forma eletiva (parto cesárea), se faz necessário apresentação de Plano de Parto, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Consentimento Informado, caso não tenha a documentação pertinente, este deverá ser fornecido pela equipe de atendimento do Centro Obstétrico.

§1º. O Plano de Parto, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Consentimento Informado, estão disponibilizados na pasta pública da Direção Geral.

§2º. É dispensado reconhecimento em cartório das assinaturas, visto que se trata de mera formalidade;

§3º. Os casos de pacientes que vierem sem a documentação necessária ou incompleta da Unidade Básica de Saúde, serão notificados junto à Secretaria Municipal de Saúde, Ministério Público e Regional de Saúde.

Art.2º Após avaliação clínica, se constatado que a paciente está em trabalho de parto, não sendo possível realização de parto cesárea, mesmo com Termo de Consentimento devidamente preenchido, o caso será tratado como procedimento de urgência, não se aplicando o disposto no artigo 1º;

Art.3º Os casos omissos serão tratados pela Direção Clínica em conjunto com a Direção de Enfermagem;

Art.4º A presente instrução de Serviço em Conjunto entra em vigor a partir de desta data.

Cumpra-se.



Rafael Muniz de Oliveira
Diretor Geral – HUOP
Portaria nº 0109/2020-GRE