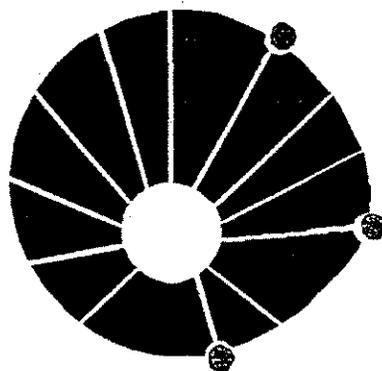

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



UNICAMP

Sérgio Duz
Cirurgião Dentista

**A IMPORTÂNCIA DA PERÍCIA FRENTE
À IATROGENIA E A RESPONSABILIDADE CIVIL
NO EXERCÍCIO DA ODONTOLOGIA**

Tese apresentada à Faculdade
de Odontologia de Piracicaba
da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do
grau de Doutor em Radiologia,
Área de Concentração
Odontologia Legal e
Deontologia.

PIRACICABA – SP
- 2002 -

ES OF. 2002

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNICAMP

Sérgio Duz
Cirurgião Dentista

**A IMPORTÂNCIA DA PERÍCIA FRENTE
À IATROGENIA E A RESPONSABILIDADE CIVIL
NO EXERCÍCIO DA ODONTOLOGIA**

ORIENTADORA: Profa. Dra. Gláucia Maria Bovi Ambrosano
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Eduardo Daruge Júnior
BANCA EXAMINADORA: Prof. Dr. Eduardo Daruge
Prof. Dr. Nelson Massini
Prof. Dr. Luiz Franceschini Júnior

Este exemplar foi devidamente corrigido,
de acordo com a Resolução CPG-036/83
CPG. 13/12/2002

Assinatura do Orientador

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do grau de Doutor em Radiologia, área de concentração Odontologia Legal e Deontologia.

PIRACICABA - SP

- 2002 -

UNIDADE BC
Nº CHAMADA T/UNICAMP
D958i
V _____ EX _____
TOMBO BC/ 52564
PROC 16-124103
C _____ D X
PREÇO R\$ 11,00
DATA 13/03/02
Nº CPD _____

CM001B0279-6

BIB ID 283904

Ficha Catalográfica

D958i Duz, Sérgio.
A importância da perícia frente à iatrogenia e a responsabilidade civil no exercício da odontologia. / Sérgio Duz. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2002.
xxii, 246p. : il.

Orientadores: Profª Drª Gláucia Maria Bovi Ambrosano, Prof. Dr. Eduardo Daruge Júnior.
Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Odontologia legal. I. Ambrosano, Gláucia Maria Bovi. II. Daruge Júnior, Eduardo. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB/8-6159, da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de DOUTORADO, em sessão pública realizada em 30 de Outubro de 2002, considerou o candidato SERGIO DUZ aprovado.

1. Profa. Dra. GLAUCIA MARIA BOVI AMBROSANO

2. Prof. Dr. NELSON MASSINI

3. Prof. Dr. LUIZ FRANCESQUINI JUNIOR

4. Prof. Dr. EDUARDO DARUGE

5. Prof. Dr. ROBERTO JOSÉ GONÇALVES

Dedico este trabalho

Aos meus pais (*in memoriam*)

Que me ensinaram o verdadeiro alcance da perseverança como fator de êxito, ao longo de nossa convivência, com seu exemplo e com suas palavras.

À minha esposa Itamar,

Que, sempre ao meu lado, trouxe à
minha vida tudo o que eu poderia imaginar
de uma convivência feliz.

Aos meus filhos Alan e Lana,

Que também são fontes de onde
retiro minhas energias.

Ao
Prof. Dr. Eduardo Daruge

A Odontologia Legal tem o privilégio de contar com o trabalho incansável deste ilustre mestre, cujo apego à pesquisa e constante sede de investigação científica, é o maior exemplo e estímulo para todos que o cercam.

Os seus ensinamentos agregaram importantes marcos ao meus conhecimentos.

A sua amizade traçou indeléveis linhas em minha vida.

Rogo ao Grande Arquiteto do Universo que o ilumine e o proteja, para que outros profissionais, também tenham a ensejo de tê-lo como mestre, assim como eu tive.

Agradecimentos

A Deus,

Arquiteto Supremo do Universo,
Luz da Bondade, da Paz e da Justiça,
é a fonte de luz de onde retiramos as
forças que precisamos para o
aprimoramento de todos os nossos projetos.

À

Profa. Dra.

Gláucia Maria Bovi Ambrosano

Sua orientação foi o marco de destaque, seu desprendimento e competência, traduzidos em forma de solidariedade, permitiram levar a termo essa difícil jornada.

AGRADECIMENTOS

- ❖ À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, nas pessoas de seu Diretor, Prof. Dr. Thales Rocha de Mattos Filho e Diretor associado, Prof. Dr. Oslei Pas de Almeida.
- ❖ A Prof. Dr. Lourenço Corrier Sobrinho, Coordenador dos cursos de Pós-Graduação da FOP/UNICAMP.
- ❖ Ao amigo Prof. Dr. Roberto José Gonçalves, Professor Titular da FOP, Unicamp, pela amizade e estímulo.
- ❖ Ao amigo Prof. Dr. Eduardo Daruge Jr., pela demonstração de apoio e por tantos préstimos que me foram disponibilizados.
- ❖ Ao Prof. Dr. Nelson Massini, professor experiente e detentor de singular cultura profissional, que sempre me franqueou seus oportunos ensinamentos.
- ❖ Ao Prof. Dr. Luiz Franceschini Junior, pelo grande incentivo, e pelo privilégio de desfrutar de sua convivência.
- ❖ Aos Professores do Curso de Doutorado em Odontologia Legal e Deontologia, pela confiança e apoio que me foram dispensados.
- ❖ Às funcionárias da Biblioteca, Marilene, Luciana, Lourdes, Heloisa e Dorinha, pela presteza e orientação.
- ❖ A especial amiga Célia Regina Manesco, colaboradora de destacada competência, pela sua constante ajuda ao longo de minha caminhada.

- ❖ Ao colega Prof. Fernando Celso Moraes Antunes, que me contemplou com a sinceridade e a solidez de sua amizade.
- ❖ Aos amigos do Curso de Pós-Graduação em Odontologia Legal e Deontologia pelo convívio alegre e instrutivo que me proporcionaram.
- ❖ À querida amiga Dinoly Albuquerque Lima, meu especial agradecimento a quem dedico a mais elevada consideração.
- ❖ Aos funcionários desta Faculdade, que em tantas oportunidades demonstraram tão elevada eficiência.
- ❖ Ao meu cunhado Prof. Wilibaldo Amaru Maximiano, conhecedor do vernáculo, pela colaboração, pela solidariedade, e sobretudo, pela presteza.
- ❖ Aos colegas que, anonimamente, num gesto de desprendimento, amizade e confiança, responderam ao questionário, permitindo assim, a realização deste trabalho.
- ❖ Meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que, direta ou indiretamente colaboraram na realização deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTAS	01
RESUMO	05
INTRODUÇÃO	09
REVISTA DA LITERATURA	27
PROPOSIÇÃO	157
MATERIAL E MÉTODOS	159
RESULTADOS OBTIDOS	164
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	181
CONCLUSÃO	204
ABSTRACT	209
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	213
ANEXOS	235

LISTAS

LISTAS

I – TABELAS E ANEXOS

NÚMERO	ASSUNTO	PÁG.
Tabela 01	Distribuição de freqüência dos sexos dos profissionais participantes da amostra.	166
Tabela 02	Distribuição de freqüência quanto ao local de trabalho da amostra.	168
Tabela 03	Distribuição de freqüência das Funções ou Cargo que a amostra exerce.	170
Tabela 04	Distribuição de freqüência quanto à formação dos participantes.	172
Tabela 05	Distribuição de freqüência dos participantes quanto à participação em perícias.	174
Tabela 06	Distribuição de freqüência quanto ao tipo de perícias.	175
Tabela 07	Gabarito do Questionário.	177
Tabela 08	Comparação das respostas obtidas com o Gabarito do Questionário.	178
Anexo 01	Ficha de Levantamento de Dados	237
Anexo 02	Consentimento dos participantes da pesquisa	239
Anexo 03	Aprovação do Comitê	240

RESUMO

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo avaliar a aplicação do termo iatrogenia, face a sua relação com as questões periciais em casos que envolvam a responsabilidade civil dos profissionais da área da saúde. A importância deste trabalho baseia-se na acentuada divergência quanto a sua interpretação. Assim sendo, o escopo da presente pesquisa é avaliar o campo de abrangência de aplicação do termo iatrogenia, nos casos de litígios processuais em que pode surgir a obrigação de indenizar. Nesse mister, foram estudados os artigos publicados sobre Iatrogenia, não só no campo da odontologia, como também na área da farmacologia, da medicina e demais ciências afins. Para que se pudesse evidenciar a importância de se determinar o conceito de Iatrogenia, foram incluídos os tópicos do instituto da responsabilidade civil mais relacionados com o assunto e as noções fundamentais afetas à perícia odontológica. A aplicação de uma Ficha de Levantamento de Dados para este trabalho de pesquisa, preenchida por 108 participantes do sexo masculino e 62 participantes do sexo feminino, trouxe resultados que evidenciaram a necessidade da execução do objetivo proposto neste trabalho de pesquisa.

A expressiva divergência que foi verificada na revista da literatura, também foi encontrada entre os participantes da pesquisa, o que permitiu concluir que é necessária a determinação do conceito da palavra iatrogenia de modo que possa ser aplicada corretamente em face de um resultado indesejável, ainda que previsível, originado pela atividade odontológica. Assim, os aplicadores da lei poderão dispor de subsídios mais concretos que lhes permitam, na análise de um laudo pericial, formar o seu convencimento, sem que parem dúvidas sobre a licitude ou ilicitude de um resultado danoso iatrogênico. Caberá, então, ao perito odontológico, através de ilibado laudo pericial, demonstrar aonde se encontra a verdade, frente as alegações apresentadas por dois pólos divergentes que se estabeleçam em uma ação judicial. Nas conclusões do presente trabalho constatamos a necessidade de se avaliar vários fatores que poderão influenciar na elaboração dos laudos periciais, e também de contribuir para formar a verdadeira convicção dos julgadores.

Palavras chave: Iatrogenia, Responsabilidade Civil, Odontologia Legal.

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O termo iatrogenia tem despertado um crescente debate na classe médica, odontológica e entre os operadores do direito, porque tem sido interpretado de modos diversos e antagônicos.

A importância e a necessidade dos serviços dos odontologistas na avaliação correta da execução de um serviço odontológico, objeto de demanda judicial, fazem com que a Odontologia Legal, cuja importância tem sido incontestavelmente reconhecida, busque identificar a verdadeira acepção da palavra iatrogenia e de que modo ocorre a sua inserção no campo da responsabilidade civil.

A previsão legal que obriga a reparação do dano, no ordenamento jurídico brasileiro, remonta a 1916, quando o Código Civil estipulou em seu artigo 159, que devia repará-lo quem a ele desse causa.

As reclamações em virtude de um serviço médico também não são recentes, mas ocorriam em números não expressivos e ligavam-se a casos de lesões mais graves, ou quando se dava o óbito do paciente.

Todavia, essas demandas judiciais não chegavam ao conhecimento do grande público e os processos ficavam sem andamento por longos períodos.

Com o incremento dos casos, a partir da década de 1960, o número de demandas judiciais atingiu patamares elevadíssimos, sendo que, na sociedade brasileira, o grande impulso surgiu com o artigo 5º, inciso V, da Constituição Federal de 1988, que deu ampla cobertura ao dano moral que assegura o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem.

Logo em seguida, em 1990, ingressou no ordenamento jurídico brasileiro o Código de Defesa do Consumidor, e a mídia desencadeou uma inusitada manifestação de reclamações dos serviços executados por médicos e dentistas.

Nas demandas iniciais por uma reparação por dano moral houve, também, uma interpretação do judiciário extremamente benéfica ao reclamante, e a notícia da concessão de vultuosas indenizações aguçou a busca por um ganho relativamente fácil e extremamente vantajoso.

Vítimas de uma campanha que encontrou a total cobertura da mídia, os profissionais da área da saúde passaram a ser acusados, não só

pelos erros efetivos, mas, por todo e qualquer resultado não desejável, ainda que não tivesse ocorrido por culpa exclusiva do profissional.

Foi dentro desse contexto que os profissionais passaram a se preocupar em identificar os efeitos adversos que ocorriam e que não estavam relacionados à enfermidade fundamental do paciente, e nem, tampouco, surgido em consequência de uma imperícia ou imprudência.

O crescente interesse da sociedade na reparação de todo e qualquer dano, trouxe um inusitado crescimento da cobrança da responsabilidade civil, cabendo ao perito elucidar se o resultado de um particular caso em estudo pericial, considerado danoso ou insatisfatório adveio de um erro ou se ocorreu sem culpa do profissional.

Como observaram LOPEZ & PEREZ (1993), foi a partir de 1960 que se começou a falar em iatrogenia, e CANO (1992) relatou que as considerações mais amplamente conhecidas acerca da incidência de doenças iatrogênicas se desenvolveram a partir de 1977, basicamente estimuladas pelo aumento do número de demandas legais, em consequência de supostos erros profissionais.

Se, de um lado, o paciente buscou a tutela jurisdicional para reclamar de danos supostamente causados por erro profissional, surgiu também, como defesa deste, a alegação da ocorrência de um fator

denominado de iatrogenia, para justificar a ausência de culpa frente ao dano verificado.

Os magistrados passaram, então, a cobrar uma definição e uma separação mais evidente entre erro profissional e iatrogenia, uma vez que a divergência existente quanto ao conceito de iatrogenia passou a ser um obstáculo para a sua inclusão no campo da responsabilidade civil.

Como se posicionou CARVALHO (1998), os magistrados, atentos ao dever de aplicar a Justiça, com a correta compreensão dos limites da responsabilidade civil, detectaram a necessidade de se estabelecer marcos jurídicos específicos que definissem “a linha de separação entre os efeitos jurídicos decorrentes do quase ilícito - iatrogenia - e do ilícito civil - responsabilidade médica”.

Mesclam-se, pois, no presente trabalho, três temas intrinsecamente relacionados que devem ser analisados, inicialmente, de modo individual, buscando detalhar-se, em cada um, as características primordiais que os levam, posteriormente, a se integrarem num caso concreto.

Referimo-nos ao instituto da responsabilidade civil, à iatrogenia e à perícia, que embora possam ser didaticamente separados

para uma abordagem mais técnica, estão em constante interação na atividade profissional do odontologista.

No âmbito da responsabilidade civil depara-se com determinados conceitos que, dada a sua relevância para com o objeto de estudo presente, requerem um esclarecimento, ainda que sucinto, tais como: a Responsabilidade Civil e Penal, a Responsabilidade Objetiva e Subjetiva, a Responsabilidade Contratual e Extracontratual e as Excludentes de Responsabilidade Civil.

É de se destacar que, por si só, o instituto da responsabilidade civil não se esgota em poucas e resumidas palavras, tornando-se necessária uma seleção dos aspectos mais relacionados com o assunto em discussão.

O presente plano de trabalho, envereda, após esse resumido estudo da responsabilidade civil, sobre a questão pericial, analisando vários aspectos que orientam esse procedimento, cujo intuito primordial é o de prestar esclarecimentos à Justiça.

DIAS (1997) alertou que “o dissídio que lavra na doutrina, com relação ao problema da responsabilidade civil, alcança todos os seus aspectos e começa, naturalmente, pela sua definição, a cujo propósito se manifestam divergências tão profundas a acusar a luta, fundada em

conseqüências, entre a concepção tradicional da culpa e a doutrina moderna do risco”. O autor considerou a responsabilidade civil no seu sentido mais amplo, abrangendo, na qualificação de responsável o causador do dano a si mesmo.

Com relação aos dispositivos legais que regem a responsabilidade civil, face ao iminente ingresso da Lei 10.406 no ordenamento jurídico brasileiro, estatuinto o novo Código Civil Brasileiro, tornou-se necessário trazer à colação os dispositivos pertinentes, nele constantes, que passarão a vigorar a partir de 10 de janeiro de 2003, ao lado dos dispositivos da Lei 3.071, do Código Civil Brasileiro, ainda em vigência em nossos tribunais.

No Código Civil Brasileiro de 1916, Lei nº 3071, a responsabilidade civil está assim prevista:

Art. 159. “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano.”

Na Lei 10.406, que estatuiu o novo Código Civil, a responsabilidade civil estará assim fundamentada, a partir de 10 de Janeiro de 2003:

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

Art. 187. Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa fé ou pelos bons costumes.

Art.188. Não constituem atos ilícitos:

I – Os praticados em legítima defesa ou no exercício regular de um direito reconhecido;

II- a deterioração ou destruição da coisa alheia, ou a lesão a pessoa, a fim de remover perigo iminente;

Parágrafo único- No caso do inciso II, o ato será legítimo somente quando as circunstâncias o tornarem absolutamente necessários, não excedendo os limites do indispensável para a remoção do perigo.

A responsabilidade civil encontra amparo, ainda, nos dispositivos que asseguram a obrigação de reparação dos danos reclamados.

Na atual legislação, a obrigação de reparar o dano é consolidada no “caput” do artigo 1518, da Lei 3071: “Os bens do responsável pela ofensa ou violação do direito de outrem ficam sujeitos à

reparação do dano causado; e, se tiver mais de um autor a ofensa, todos responderão solidariamente pela reparação”.

O preceito específico, para os profissionais da área da saúde, encontra-se no artigo 1.545: “Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que da imprudência, negligência, ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir, ou ferimento.”

Na Lei nº 10.406, a obrigação de reparação em decorrência da responsabilidade civil encontra-se regulamentada nos seguintes dispositivos:

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

Parágrafo único: “haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.”

Art. 944. A indenização mede-se pela extensão do dano.

Parágrafo único: Se houver excessiva desproporção entre a gravidade da culpa e o dano, poderá o juiz reduzir, eqüitativamente, a indenização.

Art. 945. Se a vítima tiver concorrido culposamente para o evento danoso, a sua indenização será fixada tendo-se em conta a gravidade de sua culpa em confronto com a do autor do dano.

Art. 951. O disposto nos artigos 948,949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.

VENOSA (2001), em sua obra “Contratos em Espécie e Responsabilidade Civil”, relatou que a responsabilidade podia ser de várias naturezas e que havia um divisor entre a responsabilidade civil e penal, ressaltando que a separação entre a ilicitude penal e a ilicitude civil era fundamentada, tendo-se em vista, a norma jurídica infringida, não havendo na realidade, uma diferença substancial entre os dois tipos: se a norma fosse de Direito Público, a responsabilidade seria penal, e, se a norma fosse de Direito Privado, a responsabilidade seria civil. A lei penal tinha um grau maior de gravidade, pois atingia bens sociais de relevância.

A lei civil reprimia condutas menos graves, e embora a reparação do dano privado suscitasse o interesse social, o ilícito civil não

afetava a segurança pública. Para a responsabilidade civil importava o dano ou prejuízo patrimonial, objetivando a recomposição do patrimônio diminuído, com a lesão ao direito subjetivo. Buscava-se, tanto quanto possível, fazer a vítima retornar à situação anterior à lesão (princípio da “restitutio in integrum”).

As ações nas áreas cível e penal fundamentavam-se no interesse geral e dirigiam-se contra os fatos antijurídicos, e quando a responsabilidade civil e a responsabilidade penal coincidiam, proporcionavam duas formas de ação: uma ação penal, que podia ser exercida pela sociedade e tendente à punição; e uma ação civil, que podia ser pleiteada pela vítima na busca da reparação.

Quanto à responsabilidade subjetiva e objetiva, GONÇALVES (1995) dispôs que a responsabilidade era subjetiva quando pressupunha a culpa como fundamento da responsabilidade civil. Em não havendo culpa, não havia responsabilidade. Dizia-se, pois, ser subjetiva a responsabilidade quando se fundamentava na idéia de culpa. A prova da culpa do agente passava a ser pressuposto necessário do dano indenizável. Dentro desta concepção, a responsabilidade do causador do dano somente se configurava se agisse com dolo ou culpa.

Em outras situações, a obrigação de reparar o dano emergia mesmo que este tivesse ocorrido sem culpa do agente. Bastava que ocorresse o dano e se configurasse o nexo de causalidade, para que o mesmo fosse indenizável por quem a ele se ligava. Deparava-se, nessas circunstâncias, com a responsabilidade objetiva, em que não se exigia a prova da culpa do agente para que se configurasse o dever de reparar o dano. Ocorrendo o evento, e se dele emanou prejuízo, não havia que se analisar a licitude ou ilicitude do ato.

Oportuno relatar a observação de RODRIGUES (1997), em sua obra “Direito Civil. Responsabilidade Civil”, de que não se podia afirmar que eram duas espécies distintas de responsabilidade, mas sim, maneiras diferentes de se encarar a obrigação de reparar o dano, e que a responsabilidade era subjetiva quando se inspirava na idéia de culpa, e objetiva quando esteada na teoria do risco.

No que se refere à responsabilidade contratual e extracontratual, VENOSA (2001), em sua obra “Contratos em Espécie e Responsabilidade Civil”, enfatizou que nem sempre era possível verificar com clareza a existência de um contrato, e a doutrina moderna aproximava a responsabilidade contratual da extracontratual, pois a culpa, vista de forma unitária, era o fundamento genérico da responsabilidade.

WALD (1998) também considerou que os fundamentos da culpa são os mesmos em ambas as hipóteses, não havendo diferença entre uma obrigação livremente assumida no contrato e a que defluía da violação de obrigação emanada da lei. Expôs que o “simples fato de ter ocorrido o inadimplemento importa em presunção de culpa, cabendo ao devedor, que não cumpriu a obrigação, fazer a prova da ocorrência de força maior, caso fortuito, culpa de outro contratante ou outro fato que possa excluir a responsabilidade.”

Todavia, ocorrem situações em que se verifica o dano em decorrência da ação voluntária do agente, do qual surge a obrigação de indenizar. Essas excepcionais situações, denominadas de excludentes de responsabilidade civil, têm previsão legal conforme as hipóteses enumeradas no Código Civil:

Art. 160 – “Não constituem atos ilícitos:

I – os praticados em legítima defesa ou no exercício regular de um direito reconhecido;

II – a deterioração ou destruição da coisa alheia, a fim de remover perigo iminente (arts. 1.519 e 1.520).

Identificam-se na norma, três situações: 1 - a legítima defesa, 2 - o estado de necessidade e 3 - o estrito cumprimento do dever legal no exercício regular de direito.

Além das situações enumeradas nesse artigo, PEREIRA (1999) citou outras hipóteses possíveis: fato da vítima, fato de terceiro, caso fortuito ou força maior, a prescrição, a decadência e as cláusulas de não indenizar.

As causas de isenção de responsabilidade suprimem a relação de causalidade entre o resultado indesejável e o ato do agente. Desaparecido o nexo causal, não surge a obrigação de reparar.

Como ponderou THEODORO JUNIOR (1999), os fatos litigiosos nem sempre são tão simples de forma a permitir sua integral revelação ao juiz, ou sua inteira compreensão por ele, através apenas dos meios usuais de prova que são as testemunhas e documentos.

Outrossim, não se pode exigir que o juiz “disponha de conhecimentos universais a ponto de examinar cientificamente tudo sobre a veracidade e as conseqüências de todos os fenômenos possíveis de figurar no meios judiciais.” A prova pericial é um meio de suprir a carência de conhecimentos técnicos de que se ressente o juiz para a apuração dos fatos litigiosos.

A perícia foi conceituada por DINAMARCO (2001) como o exame feito em pessoas ou coisas, por profissional portador de conhecimentos técnicos, que permita obter informações capazes de esclarecer dúvidas quanto a fatos.

O critério central para admissibilidade da prova pericial é traçado pela conjugação dos artigos 145 e 335 do Código de Processo Civil, *in verbis*:

Art. 145. Quando a prova do fato depender de conhecimento técnico ou científico, o juiz será assistido por perito, segundo o disposto no art. 421.

Art. 335. Em falta de normas jurídicas particulares, o juiz aplicará as regras de experiência comum subministradas pela observação do que ordinariamente acontece e ainda as regras de experiência técnica, ressalvado, quanto a esta, o exame pericial.

O perito é essencialmente um auxiliar do juiz, ainda que eventual, como dispõe o artigo 139 do Código de Processo Civil:

Art. 139. São auxiliares do juízo, além de outros, cujas atribuições são determinadas pelas normas de organização judiciária, o escrivão, o oficial de justiça, o perito, o depositário, o administrador e o intérprete.

Em decorrência desse encargo, a própria natureza de sua função impõe severos deveres que defluem do ordenamento jurídico, como os impostos pelo Código de Processo Civil: 1º) Dever de aceitar o encargo, de servir e de respeitar os prazos, 2º) Dever de comparecer à audiência, desde que intimado com 05 dias de antecedência, e 3º) Dever de lealdade.

A distorção consciente da verdade, objetivando ludibriar a autoridade judiciária para favorecer terceiro, não se confunde com a falibilidade dos exames periciais, que como alertaram CROCE & CROCE JÚNIOR (1996), “a despeito do aperfeiçoamento de certas técnicas, são passíveis de involuntários equívocos, quer em suas pesquisas, quer nas conclusões de seus laudos.”

Como afirmou THEODORO (1999), o perito é apenas um auxiliar da Justiça, e não um substituto na apreciação do evento a ser analisado. O laudo pericial relata as impressões captadas pelo técnico e “vale pelas informações que contém e não pela autoridade de quem o subscreveu, razão pela qual deve o perito indicar as razões em que se fundou para chegar às conclusões enunciadas em seu laudo”.

O parecer do perito não é uma sentença e, sendo apenas fonte de informação para o juiz, não o vincula ao laudo pericial, como se expressa a norma contida no Código de Processo Civil:

Art. 436. O juiz não está adstrito ao laudo pericial, podendo formar a sua convicção com outros elementos ou fatos provados nos autos.

Se a perícia odontológica já ocupava um papel de destaque em diversas circunstâncias, como nos casos de identificação, amplia-se, nos dias atuais, a incidência de sua atuação frente ao crescente número de demandas judiciais que aportam aos tribunais, nas questões envolvendo o exercício profissional do cirurgião dentista.

Verifica-se um considerável aumento de situações em que os pacientes têm questionado os resultados obtidos nos tratamentos odontológicos, cabendo aos peritos analisar o fato em toda a sua extensão e indicar a causa que o motivou.

A propositura deste trabalho foi alicerçada na importância da abrangência do termo iatrogenia, e na necessidade de se determinar os limites que a separam do ato ilícito.

REVISTA DA
LITERATURA

REVISTA DA LITERATURA

LEITE (1962) ponderou que não havia dificuldade em se detectar a imperícia através de inúmeras situações como: confundir dentes da 1ª dentição com os da dentição permanente (extração do 1º molar permanente, na suposição de ser temporário); extrair unidade hígida por manifesta ignorância das técnicas de identificação do dente doente; causar fratura dentária pela aplicação incorreta da alavanca; fazer incrustação excedente, a ponto de causar dano ao próprio periodonto ou prejudicar a oclusão, etc. Citou, como exemplo de imprudência, o caso de exodontia executada sob ação de anestésicos com adrenalina, em cardíacos descompensados, hipertensos, etc. A falta de assepsia, a prescrição equivocada de medicamentos, a falta de verificação radiográfica, a atitude descuidosa em face de certas lesões discretas, com o gravíssimo prejuízo da perda de oportunidade para o diagnóstico precoce do câncer, foram os exemplos citados de culpa por negligência.

ALMEIDA JÚNIOR (1974) enfatizou que o perito não podia distorcer os fatos para agradar a terceiros ou para usufruir de benefícios indevidos. Alertou que muito se tinha falado que o perito não devia

afirmar senão o que pudesse demonstrar cientificamente, e se houvesse mais de uma possibilidade quanto ao que havia ocorrido, devia mencionar todas as alternativas e as probabilidades de acerto de cada uma. A perícia não devia servir como a realização de um julgamento antecipado, mas como vetor de esclarecimentos, exteriorizando os fatos, de modo a permitir a análise científica fundada nos elementos disponíveis. Enfatizou que a perícia não julgava, mas esclarecia, afastava a dúvida, evidenciava, e iluminava, fazendo sobressair a verdade.

CARVALHO (1977) focalizou, sob a denominação de doenças iatrogênicas em Odontologia, aspectos de erros encontrados no exercício da Odontologia e que prejudicaram ou prejudicavam os pacientes, causando-lhes transtornos, mutilações e perdas. Salientou que a palavra tratamento ensejava uma idéia de remédio que, na verdade, tanto podia ser um produto químico, quanto uma expressão verbal, a colocação de um aparelho ortodôntico, a realização de uma cirurgia, etc., e que tudo isso, e qualquer outra forma de remédio, podia provocar uma doença iatrogênica. Após fazer extensa análise dos resultados iatrogênicos do uso das drogas e seus efeitos colaterais, tanto na Odontologia, quanto na Medicina, o autor se referiu aos efeitos mecânicos do excesso de materiais restauradores, na retenção de resíduos alimentares

e, como consequência, a proliferação de bactérias desenvolvendo a gengivite, salientando que muitos problemas iatrogênicos poderiam ser evitados se fossem feitas restaurações cujos bordos não excedessem e nem ficassem aquém, cobrindo adequadamente os preparos cavitários. Dentro do item “acidentes operatórios” enumerou uma série de eventos que, de um modo geral, davam origem a transtornos iatrogênicos, como a injúria de dentes adjacentes pelo esforço excessivo e má direção das forças originadas por golpes intempestivos, fratura da mandíbula, abrasão de dentes vizinhos durante o preparo cavitário, seção de nervos, lesão da ATM, e outros. Relacionou efeitos da doença iatrogênica verificados na ortodontia, na prótese e na endodontia, salientando que nas próteses implantadas corria-se, duplamente, o risco de provocar esse dano iatrogênico tanto com o implante como com a prótese, e que, nestes casos somava-se a possibilidade de que decorresse de erros nas várias etapas desses trabalhos.

ALAEI & ZAMPIERI (1983) trouxeram à tona diversos aspectos da prática diária da ortodontia, colocando em destaque os riscos dos efeitos iatrogênicos, abordando questões como o exame clínico, as manobras ortodônticas e o final das correções. Chamaram de efeitos colaterais indesejáveis os eventos ocorridos durante o tratamento

ortodôntico, ressaltando que se podia estabelecer sempre uma relação de causa e efeito, e dessa forma, ofereceram uma série de sugestões que, se devidamente seguidas, tinham uma função profilática e preventiva na gênese da iatrogenia, diminuindo a sua incidência, porém não a eliminando. Citaram que poderiam enumerar muitas condutas realizadas corretamente que podiam levar a efeitos colaterais indesejáveis, e que, em certas ocasiões, fugiam ao controle, por mais cuidadoso e competente que fosse o profissional, mas afirmando que o mais importante era interpretar cada situação, estudando-a para evitar sua repetição, ou mesmo para abrandar seu efeito. Os autores afirmaram que na ortodontia ocorriam muitos desarranjos oclusais, comprometimento ósseo e dentário, e mesmo disfunções por injunções iatrogênicas. Salientaram que era alto o risco de se cometer algum engano no plano de tratamento, o que poderia levar a uma conduta danosa para o paciente, exemplificando com a informação cefalométrica trazida sobre o ângulo ANB, normalmente em torno de 2 graus, que podia ser falso para determinado paciente, ao revelar erroneamente a verdadeira relação das bases apicais, levando a condutas prejudiciais ao mesmo. Outro ponto que mereceu atenção dos autores foi o relacionado com a previsão do crescimento facial, pois sérias conseqüências poderiam advir quando esta informação não

constasse do plano de tratamento. Destacaram, também, a importância do surto de crescimento puberal na conduta ortodôntica. Com relação à conduta clínica propriamente dita, destacaram o risco iatrogênico verificado com a colocação de elásticos separadores, podendo ocorrer a sua penetração profunda em tecido mole, chegando a comprometer a própria permanência do dente. Sobre as reabsorções radiculares, os autores assinalaram que o efeito iatrogênico era bastante comum, e que se aceitava como natural quando apenas o terço apical das raízes era atingido. Demonstraram, entretanto, que além dos problemas mecânicos em si, as reabsorções podiam estar ligadas a fatores sistêmicos, como: distúrbio endócrino e predisposição individual. Concluindo seus estudos, após abordagem a respeito da utilização de expansores da maxila e mandíbula, das disjunções maxilares, dos efeitos indesejáveis das extrações seriadas, entre outros, os autores entenderam que o tratamento ortodôntico poderia provocar efeito iatrogênico na articulação temporo-mandibular, face ao aparecimento de interferências oclusais nos casos concluídos, relatando que estas interferências tinham merecido amplo estudo relatado na literatura.

AZNAREZ (1983) chamou a atenção da comunidade médica de que a expressão “enfermidade iatrogênica” devia ser substituída ou repensada por outras expressões que não fossem agressivas à condição de médico. Afirmou que o aparecimento de numerosos medicamentos extremamente ativos, nas últimas décadas, era responsável pela grande maioria das chamadas iatrogenias, que se deviam a reações indesejáveis, às quais tinha se proposto o nome de enfermidades medicamentosas ou de reações adversas, mais aceitáveis. Afirmou que os médicos empregavam, diariamente, palavras cujo significado original não conheciam, fazendo-o por hábito, ainda que o significado não fosse correto. Enfatizou que era necessário que se conhecesse o significado etimológico da terminologia usada, e não apenas incorporando neologismo incorreto. Após fazer extenso relato histórico da medicina, o autor expressou, em seu trabalho, que a palavra mais indicada para traduzir o significado de iatrogenia, seria “iasigenia,” onde “iasis” = “tratamento” e “egenos” = “gerado por”, não excluindo, porém a responsabilidade médica. Sugeriu às associações médicas a substituição da expressão “enfermidades iatrogênicas” por enfermidades iasigênicas”, que traduzia um tratamento habitual e não colocava o médico como responsável por conseqüências indesejáveis. Sugeriu que as reações adversas surgidas em decorrência do

uso de drogas poderiam chamar-se “farmacogênicas”. Finalmente, o autor fez advertências sobre o risco potencial do ato profissional, ao se produzir estímulos para superar ou diminuir o que ele chamava de “enfermidades iasigênicas” .

HECKERT (1984) observou que muitos pacientes traziam consigo tendências auto-agressivas que, na relação médico e paciente, induziam o profissional a agir iatrogenicamente. Era preciso que ele estivesse muito atento a essas emoções, e estando capacitado para essa relação de ajuda, poderia então ser muito mais útil a esse tipo de paciente. Relatou que, em sua experiência clínico-psiquiátrica, observou que muitas vezes esses pacientes procuravam cúmplices para seus impulsos auto-destrutivos, camuflados sob o manto de serem indivíduos indefesos. Dentro desse tema, demonstrou a importância do conceito da Ontopatia, apontando que alguns processos patológicos não vinham do meio externo, mas de um conjunto de fatores, dos quais o psiquismo pessoal contribuía ativamente. Saliou que determinadas enfermidades incidiam mais sobre determinados grupos de indivíduos, e que algumas patologias tinham predileção por certa população. Observou que até mesmo os acidentes de trânsito tinham vítimas prediletas, e que a medicina legal, a medicina do trabalho e o do trânsito referiam-se à

sinistrologia, ou seja à vitimologia no estudo dessas personalidades. Destacou a relação que se estabelecia entre o médico e o paciente, podendo ser positiva ou negativa para ambos, e que a ansiedade sempre estava presente no paciente, podendo também ser encontrada no próprio profissional. Assim, se dessa relação resultasse um encaixe maléfico, certamente estar-se-ia criando um campo muito próprio às induções iatrogênicas. Citou que CAPISANO (1969) havia apontado que conflitos neuróticos do médico prejudicavam o paciente, exemplificando que a sua atitude como: a voz, vestuário, sem deixar de lado as expressões fisionômicas, comentários, solicitações excessivas de exames, indicação de terapêutica agressiva e arriscada, eram fatores que, inevitavelmente, desencadeavam iatrogenias. Fundamentou ainda o comportamento iatrogênico do médico, citando a falta de esclarecimentos sobre diagnóstico, procedimentos, entre outros, destacando o cuidado que deviam merecer os pacientes com depressão do humor, pacientes em situação de perda, luto, sentimentos culposos, os de suicídio tentado, masoquistas, pacientes chamados propensos e aqueles com relato de iatrogenias anteriores. Dentro do aspecto psicológico do médico, onde deviam prosperar a objetividade e o bom senso, observou quem era essencial na relação terapêutica que não mais de uma das pessoas

envolvidas sofresse de ansiedade, e que esta não fosse o médico. Considerou ser extremamente importante que a interação médico e paciente se processasse de uma forma mais sadia, o que se tornava mais fácil quando existia uma preocupação constante em considerar os pacientes enquanto pessoas. Considerou que a tarefa de ajudar as pessoas e a comunidade seria facilitada se os conhecimentos científicos e o adestramento técnico e instrumental fossem conjugados com a capacidade ideal de se estabelecer relações harmoniosas e humanizadas. Concluiu que o cultivo de tudo que pudesse fazer o profissional crescer como pessoa, e que melhor o capacitasse para autênticos encontros com outras pessoas, era a melhor profilaxia das iatrogenias.

RUBIANO (1985) alertou que em quase todos os livros de patologia médica, e nas conferências sobre cardiologia, se abordava a Odontologia como fator causador de endocardite sub-aguda, estabelecendo o mecanismo de ação dessa patologia, como evitá-la, e o efeito sobre o endocárdio, quando da incidência de determinado tipo de extrações dentárias. Para o autor, ainda que este fato não estivesse estatisticamente comprovado, mister se fazia pesquisar a extensão da incidência de iatrogenias que podiam estar sendo produzidas por dentistas, a fim de se desenvolver uma conduta eficaz o quanto antes, já que a

odontologia objetivava cuidar da saúde do paciente, embora restrita ao sistema estomatognático. Salientou que uma ruptura dos tecidos bucais, por pequena que fosse, podia produzir uma bacteremia transitória que podia evoluir facilmente para uma endocardite bacteriana sub-aguda. Da mesma forma, afirmou que era patente, que nenhuma especialidade odontológica intervencionista estava fora da iatrogenia, e por outro lado, que era necessário ao odontólogo conhecer, evitar e tratar com medicamentos, cada caso que apresentasse história de problemas cardíacos congênitos ou adquiridos, e ainda, de febre reumática, utilizando a profilaxia antimicrobiana. Chamou a atenção da necessidade, em qualquer conduta odontológica, desse procedimento preventivo, para se evitar que o estreptococo hemolítico, existente na cavidade bucal, penetrasse na corrente circulatória. Apontou o uso de bochechos anti-sépticos para enxaguatórios antes e depois de qualquer procedimento clínico, e que esse procedimento seria mais benéfico para o paciente do que a terapia antimicrobiana. Chamou de iatrogenia odontológica qualquer forma de ruptura produzida nos tecidos moles da boca e a penetração de estreptococos e outras bactérias saprófitas (não patogênicas) que, todavia, adentrando à corrente sangüínea, podiam se alojar, por afinidade ou particular preferência, em válvulas cardíacas,

já portadoras de lesão pré-existente. Relatou que já era sabido que 25% dos casos de endocardite bacteriana sub-aguda ocorriam após as extrações dentárias.

CUNHA (1986) consideraram que a letra do médico era uma iatrogenia caligráfica, dizendo que a justificativa da má letra era atribuída a celeromania, ou seja, escrever na velocidade do pensamento. No caso, tratava-se de um fator de conscientização do médico, pois a legislação dizia que a receita devia ser escrita no vernáculo, com letra legível e por extenso, de acordo com a Denominação Comum Brasileira – DCB, de modo que fosse plenamente compreendida por quem a executasse. Por outro lado, considerou que as farmácias tinham receio de perder a clientela ou de se indispor com os médicos, motivo pelo qual tentavam interpretar as receitas, ocorrendo eventualmente, a venda de medicamentos trocados, quando da interpretação equivocada da receita, principalmente entre os homófonos, como Lanosin (cardiotônico) e Larocin (antibiótico). A iatrogenia caligráfica, doença provocada pela letra do médico, foi pesquisada pela Farmácia Pública e Hospitalar, que detectou 51 remédios homógrafos que tinham ações farmacológicas completamente diferentes.

HONKALA (1986) observou que nas recentes décadas haviam sido feitas muitas críticas contra os modernos medicamentos, mas, muito raramente, contra a moderna odontologia e suas técnicas. Fez uma revista da literatura para discutir as possíveis implicações dentárias derivadas dos conceitos de críticas a médicos, e observou que os principais conceitos discutidos eram: a efetividade de tratamento, a iatrogenia e o papel do medicamento. Citou que COCHRANE (1972) criticou especialmente o eventual cuidado médico precário, e que ILLICH (1984) descreveu o processo de medicamentação, criticando os efeitos iatrogênicos no cuidado da saúde. O autor se propôs a discutir apenas alguns dos aspectos que observou na literatura, e relatou que a odontologia era parte do medicamento, e que o cuidado dental era parte do cuidado médico. As críticas eram, pois, especificamente, concernentes à odontologia e ao cuidado dental. Citou, também, que ILLICH (1984) fez uma crítica muito séria quando declarou que “o estabelecimento médico se tornou uma ameaça principal a saúde e que o impacto causado pela incapacidade de controle profissional sobre os medicamentos havia alcançado as proporções de uma epidemia”. Observou que a questão da iatrogenia foi, quase sempre, esquecida na odontologia, ou foi, então, mencionada apenas como uma curiosidade. Considerou que a iatrogenia

dental era clínica quando dentaduras afetavam a estomatite ou causavam irritação; social quando doces, açúcares e bebidas doces e suaves eram anunciadas; cultural e simbólica quando não havia educação da saúde e quando visitas regulares e exames semestrais não eram efetuados, devendo ser analisado o valor de exames bucais regulares para a saúde dental. O autor relatou, ainda, que o tratamento freqüentemente produzia desconforto e dor para determinado tipo de paciente, mas que devia ser observado que, para outro, o sofrimento era maior, apesar de sua expectativa de cura e saúde bucal. A iatrogenia mais importante, evidentemente, era aquela causada pelo tratamento dentário, em que o paciente buscou o tratamento para as doenças que possuía, e surgiam outras doenças em decorrência do próprio tratamento. Referiu-se à citação de DUBOS (1973) de que havia um grande paradoxo no uso de toda e qualquer droga, pois esta, mesmo usada com habilidade e moderação, podia se tornar a causa de uma doença, e que, quando este tipo de círculo maligno ocorria no tratamento odontológico, o valor e os riscos em exames regulares deviam ser considerados mais cuidadosamente, os quais deviam sempre serem questionados do ponto de vista do paciente. Os pacientes deviam ser assegurados de que eles seriam beneficiados e que não seriam expostos a riscos desconhecidos.

Infelizmente, o valor e os riscos esperados em um tratamento dental muito raramente eram questionados e estudados.

LANDAETA (1986) reconheceu que o termo iatrogenia tinha ampla aceção, e que, por si só, não transmitia a existência ou não de responsabilidade médica. Enfatizou que, quando se instituía uma terapia para uma patologia de base, podia ocorrer uma iatrogenia em razão dos efeitos colaterais indesejáveis e inevitáveis, já conhecidos e esperados. Podiam ocorrer, também, resultados inesperados, fortuitos, derivados de condições inerentes à capacidade reacional do paciente em particular. Referiu-se, ainda, que havia outra variedade de iatrogenia, causada pela palavra, chamada de enfermidade psicosemântica. Esta, embora livre de responsabilidade penal, em princípio, não isentava o profissional da responsabilidade moral para com o paciente. Ressaltou que, todavia, havia um exercício profissional idôneo, e chamou de erro honesto aquele que ocorria com qualquer outro profissional competente que, incorrendo em erro de diagnóstico, causava um resultado adverso para o paciente. Por isso era preciso adotar um critério rigoroso, porém não rígido, na hora de se posicionar sobre a responsabilidade do médico, critério esse que possibilitava harmonizar os interesses do paciente, da sociedade e da ciência médica, conciliando a existência da iatrogenia de um lado e, de

outro, com a existência da culpa médica. Concluiu que a experiência terapêutica podia ser utilizada após mensurar a proporção do risco, onde este não resultava superior ao possível dano, e que este tratamento não eliminava a possibilidade do tratamento tradicional, renunciando aos seus benefícios.

BORGES & BERLANGIERI (1987) relataram que toda vez que se descrevia a abordagem em uma conduta profissional ou se avaliava uma indicação ou contra indicação de um medicamento, estava implícita uma certa preocupação em minimizar seus efeitos indesejáveis. Observaram que era escassa a literatura que tratasse do termo iatrogenia de forma global, sendo habitual que se fizessem comentários sobre o problema iatrogênico de uma área específica da atuação médica, e que se tornava necessário um enfoque sob a ótica da medicina legal. Observaram que, por muito tempo, a ciência médica se conformou com essa forma genérica de entendimento. Propuseram, então, analisar a iatrogenia sob a ótica médico-legal, e não apenas com seu significado etimológico e formal. Segundo esses autores, o profissional não era sempre o único responsável pelo aparecimento de uma enfermidade iatrogênica. A predisposição, a constituição e a sensibilidade de cada paciente contribuíam para o seu desencadeamento, e por outro lado, a medicina era

conjuntural, e não, ciência exata. Avaliaram que a questão do risco profissional era inerente ao ato profissional em si. Este risco dependia das circunstâncias em que havia atuação do profissional, ocorrendo na mesma magnitude em todas as circunstâncias e obedecendo a uma hierarquia em cada oportunidade. Concluíram que o mesmo podia ser previsível, portanto evitável, desde que relacionado com o fato, e que em determinadas circunstâncias, era necessário enfrentá-lo para o bem do paciente. Exemplificaram com o caso de uma anestesia geral em que ou se aceitava o risco inerente a esse procedimento, com os benefícios da intervenção, ou se abstinha de efetuá-la e não se oferecia nenhuma solução. O mesmo, era inerente ao ato médico em si, e toda vez que havia a intervenção, corria-se o risco que dependeria das circunstâncias em que se atuava, podendo haver sua ocorrência, desde o diagnóstico até o tratamento.

LARROSA (1987) relatou que o risco profissional estava intimamente ligado ao surgimento da enfermidade iatrogênica. Salientou que o enriquecimento da tecnologia tinha obrigado o profissional a acompanhar o progresso relacionado com a sua atividade. Classificou o risco em: imprevisível, portanto inevitável (falibilidade do profissional), e previsível, portanto, evitável. Salientou que o profissional devia fazer

uma avaliação entre os inconvenientes para o enfermo e a sua tendência natural de lutar contra as enfermidades. Observou que essa eleição devia ser consignada dentro dos princípios gerais da deontologia, como o consentimento do paciente, entre outras, e observando-se, também, os regulamentos das normas técnicas, devendo essas decisões serem tomadas lembrando-se da precaução e da diligência, caso contrário, aí apareceria a falta profissional. Por outro lado, quando o risco era imprevisível e resultava em uma “enfermidade iatrogênica”, aí aparecia o erro por falibilidade profissional. Para o autor, o risco profissional podia, portanto, dar lugar a uma enfermidade iatrogênica por falta médica ou por erro médico, tanto pela ação como pela sua omissão. Salientou que o erro era uma consequência de um risco profissional, sempre presente, imprevisível e inevitável, enquanto que a falta derivava de um risco profissional previsível. Assim, erro e falta podiam ser superpostos aos conceitos de “acidente profissional” e culpa profissional. Para ele, enfermidade iatrogênica era inseparável do conceito de responsabilidade no exercício das profissões. Destacou três fontes de conhecimento da enfermidade iatrogênica: a literatura médico-científica, a literatura médico-legal e a literatura jurídica.

ROJAS *et al.* (1987) referiram-se à expressão “um corpo estranho iatrogênico” ao descobrimento de um corpo estranho deixado involuntariamente no curso de uma intervenção cirúrgica. Para os autores, essa era uma ocorrência poucas vezes vista, mas que, na realidade, ocorria com mais freqüência do que se podia imaginar, citando, ao longo de seu trabalho, uma série de causas que limitavam os cirurgiões quanto à publicação dessas desagradáveis ocorrências. Esclareceram que o problema era pouco difundido na literatura, provavelmente devido a implicações legais que podiam daí advir. Para os autores, o corpo estranho se revestia de extrema importância para a atividade profissional, não somente pelas conseqüências que esta complicação podia produzir ao enfermo, como também pelo desequilíbrio espiritual e moral que causava ao cirurgião. Levaram em conta somente os casos relacionados com o aspecto iatrogênico. Depois de relatar os principais pontos do organismo onde eram mais comuns as incidências de localização de corpos estranhos, sintomatologia do paciente, e outros aspectos, concluíram ser impossível estabelecer uma discussão de casos, pois a literatura não havia publicado ou feito referência a este tipo ocorrência. Concluíram que os resultados obtidos não permitiam conclusões definitivas, pois os fatores investigados não abrangiam todas as situações e, principalmente, por serem os

primeiros a trazer a existência desses erros ao conhecimento público. Chamaram a atenção para o fato de que, através dos anos, fizeram-se recomendações com o intuito de evitar essas complicações, mas que isso não havia sido suficiente. Enfatizaram que havia a imperiosa necessidade de se “denunciar” esses incidentes, para que se pudessem tomar as medidas necessárias que permitissem a sua prevenção.

LIFSHITZ *et. al.* (1988) conceituaram iatrogenia como uma consequência da ação médica. Consideraram a iatrogenia nociva, inerente à medicina, embora iatrogenia não se referisse somente ao nocivo. Segundo os autores, o progresso havia redundado no aumentado dos casos de iatrogenia nociva e criado novas enfermidades iatrogênicas. Os autores buscaram desculpar a iatrogenia afirmando que a “busca de métodos de cura por caminhos tão erráticos como mostra a história deram origem a resultados mais danosos que a enfermidade que pretendem curar”. Consideraram, também, que o ato médico estava sujeito às influências que podiam alterar seu resultado, como: 1- condições fisiológicas; 2- condições psicológicas; 3- capacidade razoável de raciocínio; 4- a experiência; 5- o grau de preparação; 6- a escala de valores; 7- a disponibilidade dos recursos e 8- a influência do acaso. Uma análise completa do problema requeria que se considerasse um estudo de suas

causas, e, sendo assim, distinguir duas categorias de iatrogenia nociva: A) as produzidas pela própria medicina, enquanto disciplina imperfeita que estava em busca constante, mas oferecendo o melhor, de acordo com o momento histórico particular. Era a iatrogenia da medicina, em seu nível histórico como ciência e como técnica; B) a iatrogenia produzida pelo médico, por seus defeitos como ser humano, implicando na transgressão das normas morais e até leis penais. Ressaltaram, porém, que a iatrogenia criminosa igualava o ato profissional a qualquer outro ato criminoso, mas que havia de se observar que, exigir um nível elevado de competência profissional como requisito para a atuação médica, traria dificuldades até para o atendimento médico da população, devendo assim, aceitar-se um certo nível de ignorância e imperícia. Destacaram, então, a necessidade de se diferenciar corretamente o ato criminoso, da imperícia e da ignorância médica. Estas eram causadas por: cansaço ou distração, insegurança, excesso de considerações para com o paciente, incapacidade pessoal para estabelecer uma boa relação médico e paciente, e falta de previsão, entre outras. Identificaram, então, uma iatrogenia culpável ou criminal, e uma iatrogenia inocente. Em suas considerações finais os autores apontaram que uma grande proporção das enfermidades iatrogênicas eram evitáveis,

ainda que a iatrogenia em si não o fosse, sendo “necessário defender a profissão daqueles que a exercem mal e proteger a sociedade.”

CARNEVALI & FILIPPO (1989) relataram que o aspecto médico-legal estava conquistando maior relevância na atividade odontológica, e consideraram que era um sinal positivo, pois indicava uma maior consciência sanitária que derivava de um constante melhoramento da profissão. Examinaram as possíveis formas de se lesionar o nervo alveolar inferior através do estudo de casos severos e suas implicações médico-legais. Relacionaram as seguintes formas de lesão: 1) Traumática – com trauma direto (avulsão dental, anestesia troncular, terapia endodôntica, implantodontia e cirurgia ortodôntica) e com trauma indireto (fratura mandibular, cirurgia ortodôntica e avulsão dental), 2) Química – através da terapia endodôntica e de condutas de analgesias, e 3) Patológica – neoplasia, cisto e dente incluso.

HUGGINS (1990) alertou que os dentistas deviam deixar de lado seus preconceitos e estudar as pesquisas de WESTON PRICE, antigo diretor de pesquisas da Associação Odontológica Americana, que passou 35 anos pesquisando doenças do coração, dos rins, do útero, do sistema

nervoso e do sistema endócrino causadas pela infiltração de toxinas provenientes de canais obturados.

PADILLA (1990) relatou que a freqüente confusão entre os termos responsabilidade profissional e iatrogenia, associada ao incremento do grande número de reclamações judiciais, maior ainda em países mais desenvolvidos, onde chegava a níveis críticos, tornava necessária uma contribuição para aclarar este espinhoso terreno, separando onde se iniciava um e terminava o outro. Para o autor, a responsabilidade profissional se originava de um dano causado ao paciente por ocasião de um ato profissional, por uma falta culposa, podendo, desta ação, surgir a obrigação de responder na Justiça, assim como ocorria com a má prática profissional. Na má prática profissional estava caracterizada uma omissão de quem estava obrigado, na sua relação com seu paciente, em prestar apropriadamente os serviços, causando assim um prejuízo a este. Desse modo, a má prática tinha duas partes essenciais: a primeira, que o profissional deixasse de cumprir com seu dever, e a segunda, que um prejuízo definido ao paciente fosse o resultado de sua omissão. Citou que existiam duas correntes de entendimento quanto ao termo iatrogenia: aqueles que a incluíam dentro da responsabilidade profissional e outra, cada vez maior, que interpretava que não envolvia culpa profissional,

portanto, não correspondia à responsabilidade. Essa segunda corrente referida pelo autor, entendia que o significado etimológico do termo era “de origem médica”, mas que, semanticamente, no conceito moderno de medicina, implicava em prevenir, curar, reabilitar, e que, epistemologicamente, era a imprevisão de todo ato médico, por isto, descartava a responsabilidade médica. Dentro dessa linha de pensamento, essa corrente entendia que iatrogenia era um dano produzido por um ato médico correto, e responsabilidade médica era o dano causado por ação ou omissão culposa do médico. Considerou que se devia aceitar a iatrogenia como os efeitos indesejáveis produzidos exclusivamente com duas características: imprevisibilidade e estados de necessidade. O autor concluiu que esta confusão era freqüente, tanto em ambientes populares como em meios profissionais, e que, sendo a iatrogenia um mal da própria medicina, não devia ser considerada como dano culposo, se a atuação do profissional foi procedido com técnica, prudência, diligência, de acordo com a conduta comum de seus colegas, com tempo e com o lugar onde se realizou.

BERGENHOLTZ (1991) relacionou alguns fatores que ocasionavam danos à polpa dentária, citando, entre eles, o preparo de cavidades por instrumentos rotatórios, efeito tóxico dos materiais

restauradores, infiltração bacteriana em restaurações mal adaptadas, o uso de ar comprimido e materiais desidratantes. Citou que muito embora a polpa reagisse favoravelmente diante dessas e outras agressões, em outras situações as polpas podiam sucumbir numa freqüência de 10 a 15% em períodos posteriores. Relatou, ainda, que danos também eram ocasionados em dentes submetidos a impactos traumáticos, com conseqüente desenvolvimento de calcificação radicular. O autor enfatizou que toda uma gama de injúrias iatrogênicas levadas a efeito na polpa constituía-se num problema significativo na clínica odontológica, citando, como exemplo, injúrias provocadas pelos procedimentos restauradores, preparação de cavidades, toxicidade de materiais e hipersensibilidade provocada, denominando-as de “dentistogênicas”. Nos seus estudos, revisou os conceitos atuais relativos aos mecanismos patogênicos associados com os danos induzidos contra a polpa, e sugeriu medidas para prevenir esses danos iatrogênicos a ela causados .

ELI *et al.* (1991) relataram que os defeitos das restaurações proximais eram causas conhecidas de patologia periodontal iatrogênica, e que a Odontologia devia se preocupar com a alta incidência de tais ocorrências. Ressalvaram, porém, que esses defeitos representavam só parte do problema da iatrogenia criada pelo uso abusivo de cunha em

procedimentos restaurativos, observando que outras causas incluíam o contorno proximal incorreto, pontos de contato inadequados e excesso de material restaurativo. Consideraram que a compreensão das variáveis, associada à seleção e posicionamento da cunha, tinha um papel importante na prevenção de iatrogenia, juntamente com procedimentos restaurativos.

MOOPNAR & FAULKNER (1991) relataram que em 652 casos de preparo de superfícies proximais adjacentes para preparo de coroas, 370 casos foram examinados quanto ao dano iatrogênico na superfície do tecido duro do dente vizinho. Encontraram uma grande incidência do dano e fizeram recomendações de como preveni-lo e tratá-lo quando viesse a ocorrer. Relataram que não foram encontrados registros sobre a ocorrência de dano iatrogênico em dente vizinho nas preparações de coroa, no período de 1977 a 1988. O objetivo do estudo foi ilustrar a incidência e a extensão do dano em dentes adjacentes usados como ponto de apoio de coroas, e também discutir a possibilidade de prevenção e tratamento dessas lesões. Os resultados obtidos mostraram uma grande incidência de danos causados pelo preparo de pontos de apoio em dentes adjacentes para a fixação de próteses. Relataram que seus estudos sugeriam que o uso de bandas de metal colocadas ao redor do dente podia

causar danos, e que, no entanto, este era um procedimento amplamente usado por profissionais.

OJEDA *et al.* (1991) relataram que dentro da odontologia era encontrada uma série de erros ocasionados por falta de conhecimento ou falta de consciência dos limites profissionais e acadêmicos do cirurgião dentista que, na ânsia de atender um grande número de pacientes, se esquivava de analisar se estava capacitado a oferecer um tratamento adequado. Apresentaram o relato de um caso clínico em que entenderam ter sido incorreto o tratamento realizado no conduto de um dente temporário, e procuraram alertar as associações da classe odontológica, de um modo geral, da necessidade de se conscientizar os profissionais quanto ao limite de sua interação, estabelecendo, assim, a melhor forma de se abordar o paciente. Descreveram o caso do tratamento endodôntico e obturação de conduto em um dente temporário de uma criança com 6 anos de idade, no qual foi utilizada a guta percha, e relataram que esse material não era indicado para esse tipo de caso, pois que não era reabsorvível. Reportaram que, após eficiente irrigação, realizaram a obturação com pasta de zinco e eugenol, fazendo a condensação vertical, eliminando as reações periapicais com sucesso. Os autores titularam o relato de “Iatrogenia em Odontopediatria”.

WIKINSKI (1991) entendeu que causalidade, azar, erro e incerteza, entre outras, eram ocorrências que até determinada época não haviam despertado grandes atenções. Afirmou que a responsabilidade do médico, na atualidade, vinha sendo cobrada intensamente, e que a mesma era praticamente desconhecida até alguns anos atrás. Considerou que a evolução desse conhecimento vinha modificando o juízo de erro, a doutrina e a jurisprudência, sendo que os aspectos mais importantes da questão estavam relacionados com a definição das obrigações do profissional e sua relação com o paciente, e o nexo causal entre a sua ação e o dano a ele imputado. Reconheceu que o médico tinha por finalidade última, na sua prestação, a cura do paciente, e assim, durante sua intervenção, o médico tinha o dever de aplicar seus conhecimentos e práticas científicas de forma diligente, mas que a cura do enfermo não era uma garantia, porque existiam condições fora do seu controle, e pelo fato da medicina não ser uma ciência exata. O autor citou uma série de exemplos, e fez amplo comentário sobre os efeitos adversos dos medicamentos, inevitáveis ou imprevisíveis, enumerando, entre outros, os fatores relacionados com o aspecto das dosagens determinadas para diferentes indivíduos. Considerou que a constituição orgânica, genética e física não permitia a previsão, com plena certeza, da reação a

determinadas drogas. Citou que vários fatores podiam interferir, tais como: a resistência orgânica adquirida, a tolerância, os efeitos colaterais, efeitos secundários, reações adversas desconhecidas, manifestações subclínicas de patologias já existentes, manifestações consecutivas a enfermidades até o momento desconhecidas, e finalmente, as interações medicamentosas. Concluiu que a diligência e o conhecimento do progresso científico haviam contribuído para reduzir o erro humano e o acidente iatrogênico, sendo, porém, improvável que se eliminasse por completo o erro aleatório e os acidentes originados de um fato fortuito, pois a medicina não era e nunca seria uma ciência exata.

CANO (1992) relatou que na última metade do século passado proliferaram remédios e medidas terapêuticas que, posteriormente, demonstraram sua inutilidade e seu risco. Como exemplo, relatou a restrição de líquidos em casos de cólera ou banhos frios no tratamento de tifo. Uma análise posterior mostrou que agentes terapêuticos, tidos como eficazes, revelaram-se tóxicos ou de pouca utilidade. Isso determinava uma certa insegurança no futuro, pois poderia ser comprovada a pouca ou nula efetividade dos recursos de tratamento disponíveis. Esse era um alerta pois multiplicavam-se, dia a dia, os recursos de diagnóstico e tratamento que eram usados sem que se tivessem

informações precisas sobre suas vantagens ou possíveis riscos. A exemplo disso, o autor citou os agentes químicos com possíveis efeitos benéficos usados no tratamento da SIDA (Síndrome da Deficiência Adquirida). Definiu enfermidade iatrogênica como uma complicação não intencional, geralmente inevitável, que resultava do contato dos pacientes com a intervenção profissional durante procedimentos preventivos, de diagnóstico ou de tratamento. O autor concluiu que as causas das reações adversas à intervenção médica eram multifatoriais e as agrupava do seguinte modo: relativas ao paciente, quando referiam-se a alergias e predisposições genéticas, entre outros, e relacionadas com o medicamento, quando resultavam das características farmacológicas próprias de cada uma das substâncias utilizadas. Além disso, havia a questão da interação entre as diversas substâncias, observando que, à medida que se utilizava de mais de um agente terapêutico, a possibilidade de uma reação adversa aumentava cerca de 80%. Acresceu, também, o tempo de duração da exposição ao medicamento. Relatou que existiam reações determinadas pelo próprio procedimento, quando da necessidade da utilização de aparatos mecânicos (como o catéter venoso subclávio), que podiam desencadear fenômenos adversos pelo desajuste das peças do aparato, ou até pela interrupção inesperada da energia elétrica. Citou, ainda, as

causas relacionadas com a pessoa do médico, e considerou estas mais importantes nas reações adversas, pois que poderiam ser evitadas já que derivavam de erros, negligência, ignorância ou irresponsabilidade. Diferenciou a iatrogenia da prática profissional incorreta, pois a primeira não podia ser evitada, enquanto que a segunda sim. Relacionou fatores predisponentes que, ainda que o paciente estivesse isento de sofrer uma reação adversa, favoreciam o seu aparecimento. Incluiu, entre esses fatores, a idade extrema, ou seja, as reações eram mais comuns em crianças menores de um ano e adultos maiores de 65 anos. Observou que, no caso de doenças complexas, os pacientes eram mais vulneráveis ao uso de agentes terapêuticos, como pessoas portadoras de diabetes, os hipertensos, pessoas com disfunção renal ou transtornos cerebrais, entre tantos outros. Salientou, ainda, que na polifarmácia, com o uso de um número maior de recursos de diagnóstico e tratamento de modo seqüencial ou simultâneo em um mesmo paciente, aumentava o risco da produção de uma iatrogenia.

ELDERTON (1992) conceituou a iatrogenia em odontologia como uma condição adversa induzida ao paciente como resultado de um tratamento odontológico. Para o autor, a possibilidade de ocorrer uma iatrogenia no paciente não era prevista pelo profissional quando analisava

a vantagem que o tratamento odontológico podia trazer ao paciente e a sua saúde oral, levando-o a acreditar que as cáries dentárias podiam ser tratadas sem que ocorresse a iatrogenia. Relatou que no tratamento odontológico com restauração tradicional ocorriam variadas iatrogenias, e que até então não havia sido demonstrado ser este um método efetivo para o tratamento das cáries. Mesmo assim, muitos dentistas continuavam a usar esse método restaurador agressivo, que considerava impróprio e uma forma de gerar iatrogenia. O autor relatou que nos últimos anos haviam surgido mudanças, entre as quais podiam ser citadas: a diminuição de prevalência de cáries, o desenvolvimento do conhecimento científico da evolução do processo cariogênico, melhor avaliação dos problemas inerentes às restaurações, o preparo cavitário e os novos materiais restauradores. O autor entendia que a prática odontológica precisava sofrer uma mudança significativa para que a iatrogenia fosse reduzida a um mínimo, e a odontologia devia, efetivamente, prover de cuidados preventivos o consumidor moderno. Afirmou que, todavia, não era surpresa que a conduta restauradora tradicional fosse largamente empregada na prática odontológica em muitas partes do mundo, inclusive no norte europeu. O tratamento restaurador, por si só, podia ser responsável por danos iatrogênicos em larga escala, e não estava claro se

o tratamento assegurava a saúde dental. Ainda que algumas restaurações pudessem durar muitas décadas, o tempo médio de duração das restaurações rotineiras em adultos podia ser calculado entre cinco e dez anos. Observou que os cuidados do paciente com a saúde dental eram importantes para a prática restauradora usual, face as necessidades futuras. Considerou que existia uma grande possibilidade de se provocar um dano iatrogênico em um dente adjacente ao se preparar uma cavidade proximal e que grande parte dos profissionais acreditavam nessa hipótese, mas que na verdade, não davam a devida importância a esse tipo de ocorrência. Depois de fazer uma análise da prática restauradora nos anos 90, relatou que os profissionais despendiam expressiva parte do seu tempo restaurando cáries primárias ou secundárias, mas que as restaurações não preveniam as cáries. Observou que havia ocorrido uma significativa mudança comportamental da clientela, devido à crescente difusão do conhecimento da possibilidade de ocorrerem danos iatrogênicos causados por um tratamento inadequado, e que, em razão disso, essa clientela havia se tornado mais exigente quanto à informação dos tratamentos que lhes eram propostos. Observou que os clientes estavam mais interessados em cuidados preventivos do que em

restauradores, pois entendiam que, desse modo, diminuiria a incidência de iatrogenias.

QVIST *et. al.* (1992) buscaram avaliar os efeitos dos danos iatrogênicos nas superfícies proximais, em casos de restaurações com amálgama. Coletaram o material durante um período de 3 meses, entre os anos de 1983 e 1984, com inscritos em cursos de pós-graduação em Dentística Operatória. O material consistia em 187 preparos de Classe II em 108 primeiros molares e 79 premolares ou molares permanentes, realizados em 182 crianças entre 4 e 17 anos de idade. Através de exames com microscópio eletrônico encontraram danos em 64% dos preparos nos dentes decíduos, e em 69% nos dentes permanentes. Em alguns casos, os danos eram mínimos, restritos a um local. Todavia, os achados mais comuns eram de vários desgastes de 1,5 mm, na face proximal. Os resultados deste trabalho indicaram que o dano iatrogênico no preparo para as restaurações proximais, era negligenciado pelo dentista, o que levava a um ciclo repetitivo de restaurações, com um grande risco de terapias mais caras e mais complexas. Concluíram que o dano iatrogênico causado em faces de dente adjacente à restauração, era um dos possíveis efeitos colaterais do preparo cavitário.

ABDO (1993), em sua tese de livre docência, chamou a atenção para o fato de que o médico não conseguia se proteger totalmente contra a angústia oriunda do contato com determinados pacientes. Citou EKSTERMAN (1968) para explicar que “...o papel iatrogênico do medicamento chamado médico é sua capacidade em provocar ansiedades adicionais na relação clínica, efeito colateral indesejável que provém, a nosso ver, da ansiedade e despreparo do próprio médico...”. A autora concluiu que a existência da iatrogenia, sempre presente na relação profissional e paciente, acontecia pela falta de instrução do profissional para o ato de executar suas entrevistas, quando, nessa tarefa, ele não conseguia ser continente das dúvidas angustiantes que o acometiam e, inconsciente e automaticamente, ele as projetava em seus pacientes. Salientou que a falta de uma orientação adequada ao profissional, na sua interação com o paciente, promovia iatropatogênias causadas por vícios e patologias em sua comunicação, sem que muitas vezes tivesse consciência do que tinha feito. Estabeleceu uma comparação entre o primeiro tipo de paciente com que se defrontava o futuro profissional: o cadáver. Posteriormente, com os animais de laboratórios, que eram submetidos a todo tipo de ensaios, após o que, eram sacrificados. Estes não questionavam ou emitiam queixas, e isto ensejava-lhe uma sensação de

onipotência, o que não ocorria na sua relação com o ser humano vivo, pois, tendo estas emoções, basicamente ansiedade, era levado a uma situação de dependência infantil, no sentido da necessidade de proteção, representada pelo médico. A autora relatou que o papel do médico consistia em evitar a sobrecarga de ansiedade com suas atitudes, gestos e palavras. A insegurança e a dificuldade do profissional em ouvir e aceitar as opiniões do paciente, podiam criar uma relação ansiogênica, portanto iatropatogênica. Posicionou-se sobre a reformulação que os profissionais deviam praticar e sentenciou: “Não somos responsáveis por nossas limitações - quando não sabemos como reduzi-las - mas passamos a sê-lo, voluntariamente, se optamos por permanecer com elas, apesar das oportunidades que se apresentam.”

GENTILE-RAMOS (1993) relatou que iatrogenia e a má prática eram riscos inerentes ao exercício profissional, cuja prevalência podia diminuir mercê de uma medicina mais reflexiva e um melhor conhecimento dos procedimentos. Para a autora, a iatrogenia e a má prática pertenciam ao lado obscuro da atividade médica, e, encará-los era a violação de um tabu; expunha a segurança do profissional e os remetia a muitas dúvidas, enfraquecia a imagem do médico, questionando seu poder absoluto, e obrigando-o a responsabilizar-se por suas poucas certezas e

suas enormes dúvidas. Todavia, a autora acreditava que a transgressão do tabu era necessária, como princípio consciente e profissional de alto sentido moral. Para a autora, os avanços do conhecimento e da técnica aumentavam as possibilidades de curar e aliviar e, por outro lado, de se consumir menos tempo em consolar. Esses avanços criaram, na população e nos próprios profissionais, maiores expectativas por resultados melhores. Dentro desse raciocínio de conduta ressaltou que, a cada três demandas judiciais contra médicos, havia sempre um paciente ou sua família insatisfeitos com a atenção recebida. Quem estabelecia com seu paciente um bom relacionamento profissional, dificilmente pisava nos tribunais. A autora relacionou diversos fatores que dificultavam o conhecimento verdadeiro e favoreciam o nascimento ou a cristalização dos erros, destacando, entre eles, a aceitação pacífica de novos medicamentos, geralmente acompanhados de grandes publicações que, exaltando seus eficientes resultados lhes davam, de imediato, um elevado nível de aceitabilidade. Ainda em sua ampla abordagem sobre a etiopatogenia do erro, relacionou o uso indiscriminado de fármacos. Citando um trabalho de pesquisa sobre o resfriado comum, evidenciou que em 95% dos casos o paciente havia recebido uma ou mais prescrições e que, entre elas, cerca de 60% dos fármacos empregados eram antibióticos. Segundo os relatos

da autora, estimava-se que um terço dos pacientes que recebiam medicações sofreriam de alguma forma de iatrogenia, não existindo uma só substância que estivesse livre de provocá-la. Em relação às reações alérgicas, enfatizou que a iatrogenia podia ser produzida tanto pelo fármaco ativo, como também pelos ingredientes que o acompanhavam como diluentes, excipientes, e outros. Salientou que os riscos deviam ser aceitos como inevitáveis. Ponderou que durante o atendimento de cada paciente, e em determinada situação clínica, o profissional era obrigado a considerar os riscos e benefícios, assumindo a responsabilidade por possíveis danos. Entendeu que a prática da medicina era uma atividade de risco e ser paciente também o era, importando cultivar a dúvida sistemática, praticar uma medicina reflexiva e de autocrítica, reconhecendo sempre os fármacos utilizados, sem deixar de considerar a possibilidade de causar o dano. Finalizando seu pensamento sobre a má prática médica, assim sentenciou: “Tem-se dito que a única medida segura para evitar a má prática é não dedicar-se à prática médica. Se, desobedecendo esse conselho, queremos seguir correndo esse risco, façamos o intento de manter nossa saúde e bem estar sem nos convertermos em outro fator patogênico; ele exige aprender a distinguir entre competência e perfeccionismo, dedicação e compulsão pelo trabalho,

compaixão e sentimentalismo. Não podemos viver angustiados pela dúvida, pela culpa e pela excessiva responsabilidade”.

LOPEZ & PEREZ (1993) procuraram estabelecer uma diferenciação entre o erro médico e a conduta de delito culposo. Identificaram como erro médico a conclusão diagnóstica ou a indicação terapêutica que não correspondia à afeção de que sofria o enfermo. Era o resultado de um equívoco, onde não existia má fé, indolência, desprezo, incapacidade ou ignorância profissional. Admitiram aceitar como erro, aquele em que o profissional, apesar de seu equívoco, tinha demonstrado realizar tudo o que estava ao seu alcance, nas condições concretas de seu ambiente de trabalho, com o objetivo claro de obter um diagnóstico acertado e prestar ajuda efetiva ao paciente e que tinha agido de acordo com os conhecimentos da época. Ao contrário, se em consequência de uma atitude desumana, irresponsável, negligente ou descuidada, afetasse ou piorasse a saúde do doente, deixava de ser um erro profissional para incorrer em circunstância de delito culposo. Referiram-se ao fato do termo iatrogenia ser um neologismo, pois que surgira por volta de 1960, tendo atingido maior amplitude com o desenvolvimento das ciências médicas, em razão do que o seu conceito seria necessariamente revisado e reconsiderado através dos anos. Relataram que era de se supor que a

iatrogenia sempre existiu e não desapareceria nunca, pois, tanto a medicina, como ciência, quanto o médico, como homem, jamais atingiriam a perfeição, por serem ambos iatrogênicos por natureza. Diferiram a má prática da iatrogenia, observando que o primeiro termo era ainda mais recente que o segundo, e a qualificaram de prática inábil e imprópria. Era um qualificativo dado a certas situações onde o efeito nocivo também dependia da presença do médico e era devido ao erro de diagnóstico ou ignorância terapêutica, podendo ser objeto de punição moral ou judicial.

MUNAIR (1993) relatou que alguns autores, conceituando a palavra iatrogenia, tinham expressado que ela se referia ao dano potencial que toda terapia ou procedimento médico-odontológico podia produzir no paciente. Nessas condições, subentendia-se que quase sempre a terapia empregada trazia consigo um problema secundário, de maior ou menor importância. Citou HARRISON (1983), que em seu livro “Princípios de Medicina Interna” assim se expressou: “quando o efeito deletério do médico excede as vantagens que podem ser previstas, se justifica o emprego da expressão de efeitos indesejáveis como iatrogenias”. Citou, também, BRIÑON (1983), para quem a iatrogenia tinha vários alcances, esclarecendo que existia uma diferença entre o que era culposos, portanto

responsabilidade profissional, daquilo que não era culposo, o que seria a iatrogenia propriamente dita. Resumiu, ainda, o trabalho de ROSEN & RIVERA (1986), no qual esses autores deixaram claramente compreendido que iatrogenia era a ação odontológica em que não se tomavam as devidas providências e, ainda que as tomando, se produzia algum dano. O autor entendeu que a odontologia não podia ficar alheia aos efeitos negativos que podiam resultar do exercício profissional, e que o avanço da ciência odontológica requeria, na atividade profissional, a incorporação de exames racionais de laboratório e outros, em especial, os exames radiográficos, que permitiam analisar, objetivamente, o resultado de tratamentos efetuados. Quando necessário, esse meio de diagnóstico permitia ou exigia que fossem tomadas medidas retificadoras, no caso de iatrogenia. O autor utilizou 200 radiografias tomadas ao acaso, durante 10 anos e selecionou 9 casos nos quais houve inequívoco dano ao paciente, por ações profissionais contra-indicadas. Quando a aplicação de uma terapia odontológica tivesse sido levada a efeito com indolência ou imprudência, o resultado final não podia ser o melhor. Ressaltou, ainda, que o paciente também incorporava uma cota de fatores, como uma deficiente condição sistêmica, desinteresse no cuidado com seu complexo maxilomandibular, e até a sua falta de cultura. Apresentou, nos

9 casos relatados, problemas como a ineficiência na conduterapia, colocação de núcleo protético em dentes sem tratamento de conduto, falta de adaptação de coroas, entre outros, identificando, pelo exame radiográfico dos casos citados, a prova de iatrogenia odontológica.

BOBADILLA *et al.* (1995) relataram que o profissional não precisava converter-se em um maníaco da saúde, mas que devia usar os meios ordinários para preservá-la, e com esses meios, nunca causarem risco ou prejuízo desnecessário. Manifestaram seu entendimento de que o critério para determinar onde se iniciava e terminava a responsabilidade profissional não devia ser excessivamente liberal nem, tampouco, extremamente severo. A liberdade levaria à impunidade, e a severidade excessiva poderia tornar quase impossível o exercício profissional, dada a possibilidade de errar. A solução seria um meio termo, levando-se em consideração, de forma serena e comedida, a análise de cada caso, observando-se os antecedentes e circunstâncias do profissional, a sua prudência, dedicação e conhecimento. Destacaram a importância do relacionamento entre o profissional e o paciente, em que a confiança deste devia ser o ponto alto para um bom termo no tratamento, e reconheceram que essa relação ultimamente vinha sendo prejudicada pela forma com que o paciente era levado aos cuidados do profissional, não por sua livre

escolha, mas pela oferta do serviço social, ou por outro em que desempenhava sua atividade. Concluíram que no conceito de iatrogenia estavam incluídas as lesões ou enfermidades causadas pelo médico, no exercício profissional correto, assim como, compreendia as omissões culposas, as manifestações de imperícia, e todas as negligências ou imprudências danosas, que entravam no campo do direito penal.

GONÇALVES (1995) expôs que a obrigação de indenizar exigia que o agente causador do mal tivesse agido com culpa, ou seja, que em face das circunstâncias concretas da situação, pudesse ser afirmado que ele podia e devia ter agido de outro modo. Explicou que o artigo 159, do Código Civil Brasileiro, exigia uma relação de causalidade entre o fato ilícito e o dano por ele produzido, para se admitir a obrigação de reparar, e que certos fatos interferiam nos acontecimentos ilícitos e rompiam o nexo causal, excluindo a responsabilidade do agente. Relatou que as principais excludentes de responsabilidade civil eram: o estado de necessidade, a legítima defesa, a culpa da vítima, o fato de terceiro, a cláusula de não indenizar e o caso fortuito ou força maior.

PEDROTTI (1995) anotou que, tal como resultava dos termos do artigo 159, do Código Civil Brasileiro, ato ilícito era a violação de direito ou o dano causado a outrem por dolo ou culpa. A culpa era a negligência ou imprudência do agente, que determinava violação do direito alheio ou causava prejuízo a outrem. Na culpa havia, sempre, a violação de um dever preexistente. Se esse dever se fundava em um contrato, a culpa era contratual; se no princípio geral do direito que mandava respeitar a pessoa e os bens alheios, a culpa era extracontratual ou aquiliana. O autor concluiu que a consequência principal do ato ilícito, conforme o preceito do artigo 159, estava na obrigação da reparação pelo autor do dano, e, por conseguinte, sem dano não se podia admitir a responsabilidade civil. Logo, para a reparação do dano havia de se caracterizar um elemento essencial entre o ato ilícito e o dano: o nexo etiológico ou causal.

ALVARADO (1996) interpretou o termo iatrogenia como qualquer ação, benéfica ou não, produzida pelo médico. Explicou que, como ocorre com qualquer outro termo quando se populariza, este se transformava e tomava outra conotação. Neste caso, iatrogenia adquiriu outra definição: ação nociva realizada pelo médico e paramédico. Expôs que a iatrogenia era um risco constante em toda atividade médica e se não

fosse chamada a atenção para isso, lembrando permanentemente desse risco, constituiria um perigo constante, tanto para o paciente como para o médico e todo o pessoal paramédico. Como os riscos eram maiores com o progresso tecnológico da medicina, passou também a ser chamada de “enfermidades do progresso médico”. Observou que a iatrogenia ocorria por ação médica insuficiente, excessiva, imprevista e também por ações que eram efetuadas por ignorância, negligência, precipitação, desídia ou juízo insuficiente. Considerou que outros riscos surgiam pela administração insuficiente de medicamentos ou do estudo incompleto do paciente, assim como a sobremedicação, a polifarmácia ou a realização de manobras, procedimentos diagnósticos excessivos ou supérfluos, como também, pela falta de previsão para evitar ou controlar os efeitos adversos de um fármaco ou as possíveis complicações de uma operação. Considerou, também, que qualquer desvio do correto exercício profissional propiciava o aparecimento das enfermidades iatrogênicas. Entendendo que era importante destacar que os fatores desencadeantes da iatrogenia e seus mecanismos eram os mais variados, não se podendo classificá-los, considerou, contudo, que era necessário recordar alguns aspectos que justificavam o aparecimento da iatrogenia, como: herança, imunidade, idiosincrasia, alergia, constituição, personalidade, interação de

drogas e influência do meio ambiente. Esses fatores, sem estímulo ou ação do médico, podiam ocasionar reações alérgicas em cadeia. Destacou, o que considerou como aspectos concretos da iatrogenia, os seguintes fatores que podiam produzi-la: o erro, a negligência, o excesso de medicamentos e a polifarmácia.

BES (1996) relatou que a iatrogenia era uma enfermidade causada pela medicina. Considerou que a iatrogenia estava sendo muito discutida mas que era uma coisa nova, ainda que a palavra não o fosse, pois o refrão “resultou pior o remédio que a enfermidade” era antigo e se referia à ela. Sugeriu que o Poder Judiciário devia passar por uma transformação a fim de diminuir os aborrecimentos causados às pessoas pelo sistema judicial, o qual estava afetado por diversas mazelas que se acumularam ao longo de muitos anos de descuidos. Concluiu, então, que havia uma iatrogenia judicial.

CARNEIRO (1996) observou que a iatrogenia podia resultar benéfica para o paciente quando a medicina fosse bem praticada e fossem atingidos os objetivos almejados, ou maléfica, quando se processava o inverso, sendo então denominada como iatropatogenia. Relatou que, se de um lado, afirmava-se que o médico não podia escudar-se em fatores

externos para eximir-se da responsabilidade por seus erros, e que não adiantava invocar as péssimas condições de trabalho, a má formação ou ausência de uma educação continuada, ou mesmo, excesso de pacientes, por outro lado, era inegável que esses e outros fatores contribuíam de modo expressivo para a queda de qualidade da assistência médica, e conseqüentemente, ameaçavam a integridade do ato médico, não adiantando agir com hipocrisia, nem fechando os olhos à realidade. Em seu trabalho fez referência a fatos como: a omissão do governo, no tocante à saúde pública, permitindo a prática mercantilista da assistência médica; a proliferação indiscriminada de escolas sem a devida fiscalização, além de aspectos relacionados com a remuneração aviltante. Considerou que era preciso agir em todas essas frentes, e que exigir tão somente responsabilidade e assunção de culpa individual do médico, em meio ao caos do sistema, era não enxergar a dificuldade de se realizar um bom atendimento, pois, o erro médico existia desde o primeiro momento em que um doente precisou de um médico, e continuaria existindo, dada a falibilidade da condição humana. Considerou, também, que era dever do profissional atuar objetivando o controle dos resultados maléficis, reduzindo-os aos limites do tolerável, em nome da medicina, do médico, do ser humano e da coletividade.

HÉRCULES (1996) pontificou que, entre o erro evitável e o erro grosseiro, havia toda uma gama de matizes em que o profissional podia ser responsabilizado pelo dano causado, e que sua responsabilidade era tanto maior, quanto menor fosse a participação de outros fatores na gênese do resultado adverso. Citou que alguns autores chamavam de iatrogenia à constelação de circunstâncias que podiam fugir ao controle até mesmo do melhor profissional, e cujo resultado se revelava prejudicial ao paciente. A lesão sofrida ou agravada, nestas situações, seria dita iatrogênica. Esse era o conceito no seu sentido estrito, enquanto que, no seu sentido mais amplo, outros autores denominavam iatrogenia qualquer prejuízo advindo ao paciente em função de conduta profissional. Salientou que a relação entre a iatrogenia, no seu sentido estrito, e a responsabilidade civil, podia ser representada através de um diagrama que ia da ausência total de responsabilidade até ao erro grosseiro, cuja reparação não se podia questionar, e que, entre ambos, havia uma série de situações que deviam ser consideradas. Salientou que os bons profissionais prescindiam do amparo da justiça, pois sua conduta havia de ser sempre pautada pelo interesse maior de seu paciente e, se errassem, o teriam feito em condições tais que sua conduta não poderia ser reprovada. Para o autor, a reprovabilidade da conduta era a pedra angular da

responsabilidade. Afirmou que, em algumas situações profissionais, a chance de acerto no diagnóstico, por exemplo, era extremamente elevada, enquanto que, em outras, existiam dúvidas que persistiam, por mais que se tentasse esclarecer por meios auxiliares de diagnóstico. Assim, entendeu que, frente a essa situação, por mais habilitado que fosse o profissional, algumas situações podiam conduzir ao insucesso e, conseqüentemente, aos chamados erros escusáveis que decorriam do próprio caráter probabilístico da medicina, diferentes dos chamados erros grosseiros e indesculpáveis. Referiu-se, ainda, à previsibilidade do resultado, e afirmou que esta constituía a base da conduta reprovável, nas suas condições tidas como habituais de diligência. Salientou que a lei era feita para o homem comum e não exigia cuidados excepcionais de vigilância, que só os indivíduos extremamente cuidadosos possuíam.

KFOURI NETO (1996), em “Responsabilidade Civil do Médico”, expôs que o Código Civil Brasileiro adotou a responsabilidade subjetiva, especialmente nos seus artigos 159 e 1.545, cabendo à vítima provar o dolo ou culpa *stricto sensu* do agente, para obter a reparação do dano. Expôs que apesar da responsabilidade médica estar colocada entre os atos ilícitos, não haver dúvidas quanto a sua natureza contratual, não resultava, porém na presunção da culpa, pois o médico não se

comprometia a curar, mas a proceder de acordo com as regras e os métodos da profissão. Detalhando a culpa *stricto sensu*, explicou que a negligência médica caracterizava-se pela indolência, inércia, passividade ou inação. Era um ato omissivo, e entre os exemplos citados, destacam-se: receita médica com letra indecifrável que levava o farmacêutico a fornecer remédio diverso do prescrito, o que conduzia à responsabilidade por negligência, e o esquecimento de corpo estranho no abdômen de paciente, causando dano. Quanto à imprudência, em que havia uma culpa comissiva, considerou que o médico era imprudente quando, tendo perfeito conhecimento do risco, e também não ignorando a ciência médica, tomava a decisão de agir sem uma boa dose de previsibilidade e de antevisão do evento. Sobre a imperícia, relatou que era a incapacidade de exercer determinado ofício, por falta de habilidade ou ausência dos conhecimentos necessários, exigidos numa profissão. Exemplificou citando o profissional que persistia em empregar, sistematicamente, um método que não oferecia mais todas as garantias requeridas pela boa técnica. Em 2002, o autor registrou, em sua obra “ Culpa Médica e Ônus da Prova”, que o médico podia eximir-se do dever de indenizar desde que demonstrasse ausência de culpa ou ruptura do nexo de causalidade, e que desfaziam a causalidade: a) culpa exclusiva da própria vítima; b) caso fortuito; e c) fato de terceiro,

não imputável ao médico. Acentuou que a prova da ausência de culpa, na responsabilidade civil médica, implicava na demonstração de que o dano era imprevisível ou inevitável – ocorrências muito próximas do caso fortuito (este, imprevisível e inevitável). Desse modo, ainda que o médico tivesse agido de acordo com os canônes da medicina, em conduta irrepreensível, e surgisse o evento lesivo, mantinha-se onexo causal entre a atuação do profissional e o resultado danoso, mas não se podia afirmar que o dano tivesse sido motivado pela conduta médica.

LEVENHAGEM (1996) esclareceu que o dispositivo legal que estabelecia que o juiz não estava adstrito ao laudo era uma ratificação do princípio do livre convencimento do juiz e, portanto, “se, por força de outros elementos ou fatos provados nos autos, o juiz tiver de decidir ao contrário das conclusões constantes do laudo, nada há o que o impeça de assim proceder, desde que o conjunto das provas, em que se baseou, o tenha levado a concluir pela inexatidão daquelas conclusões.”

SACOT & FERRERÍA (1996) chamaram a atenção para as ocorrências adversas que muitas vezes estavam presentes nos casos de cirurgia dos terceiros molares inclusos. Relataram que eram comuns estas ocorrências e que eram chamadas de “acidentes”, quando verificadas durante o ato cirúrgico, enquanto que aquelas verificadas no pós

operatório, eram denominadas de “complicações”, e que isso era, normalmente, uma tradição não questionada. Para os autores, o vocábulo “acidente” implicava em uma mudança ou variação na conduta inicial, que se tornava necessária por surgir uma situação imprevisível. Por isso, o seu caráter de eventual, inesperado ou casual, dava a idéia de desconhecimento, negligência e inabilidade. Consideraram que não se podia aceitar que ocorrências dessa natureza fossem acidentes, por ser o ato cirúrgico ser um ato “governável”, e sendo assim, essas ocorrências não eram resultados de uma atitude “iatrogênica” do profissional. Consideraram que em 12% dos casos de exodontia verificava-se que as ocorrências que podiam modificar ou interromper o ato cirúrgico eram de natureza multicausal, e as denominaram de necessárias e suficientes. Entre as necessárias, destacaram as que eram inerentes ao próprio paciente e eram modificáveis, tais como: o tipo de patologia, mal formação, anomalia de número de dentes, reação pessoal, etc. Como segundo tipo, ou seja, as suficientes, destacaram as que estavam relacionadas com o profissional, portanto, iatrogênicas, sendo modificáveis, enumerando, entre outras, a negligência, a falta de habilidade e a ausência de juízo crítico. Salientaram que entre os efeitos indesejáveis que uma exodontia mal realizada podia acarretar, estavam os danos em elementos da zona

anatômica vizinha, como a lesão do assoalho da boca, e que esses fatos eram pouco documentados na literatura e tinham contribuído para aumentar a frequência de conduta iatrogênica.

RUCK (1996) relatou que, fosse por descuido, falta de atenção ou pressa, o profissional podia ocasionar algum tipo de iatrogenia. Observou que os erros ocorridos durante o tratamento de condutos radiculares traziam transtornos aos pacientes, resultando em prognóstico duvidoso, além de causar sensação frustrante para o profissional. Relacionou as iatrogenias passíveis de ocorrerem desde o início da terapêutica endodôntica até que se conseguisse a obturação do dente. Enumerou como iatrogenias: a falta de isolamento absoluto, a abertura coronária incorreta, perfurações no piso da câmara pulpar, radiografias mal tomadas e formação de degraus na parede do conduto pelo uso inadequado de instrumentais endodônticos, citando que esse degrau seria a antesala da perfuração. Sobre esse tipo de iatrogenia, enfatizou como causas para a formação desses degraus: o acesso inadequado ao conduto, abertura incorreta ou insuficiente da câmara e exploração inicial do conduto sem a prévia curvatura do instrumental. Orientou que o primeiro instrumental devia funcionar sempre como um explorador, para reconhecer as irregularidades das paredes, curvaturas e

obstruções. Relatou, ainda, que havia a necessidade de se observar os seguintes cuidados: conhecer previamente as curvas radiculares dos dentes, utilizar-se de instrumentais dentro de uma seqüência, evitar movimentos de rotação, e não aplicar forças excessivas sobre o cabo do instrumento. Enumerou dois tipos de perfurações iatrogênicas: a lateral e a apical. Considerou como condutas iatrogênicas: a irrigação insuficiente, o uso abusivo de quelantes, a fratura de instrumental no canal radicular, a sobre obturação do conduto, a sobre instrumentação e obturação defeituosa, concluindo que o tratamento endodôntico convencional tinha um índice geral de êxito entre 65% a 95%, e que esses índices eram bem mais baixos quando o período de preservação se estendia por até 10 anos.

BENDER *et al.* (1997) relataram que observações feitas em radiografias mostraram que a reabsorção periapical de substituição era uma freqüente e imprevisível seqüela do movimento ortodôntico dos incisivos superiores permanentes. A reabsorção também podia ocorrer sem a movimentação ortodôntica, mas diferia de tipo e de localização. Relataram, também, que dois casos e uma revisão de 43 outros casos que haviam tido indicação de tratamento endodôntico dos incisivos, apresentaram uma significativa estatística de reabsorção apical severa em relação a dentes que não tiveram tratamento. Definiram a reabsorção

periapical de substituição como uma enfermidade iatrogênica que ocorria, de modo imprevisível, após o tratamento ortodôntico de incisivos permanentes, por meio do qual a reabsorção da porção apical da raiz era substituída pelo osso normal. A incidência desse tipo de reabsorção, que ocorria após o tratamento ortodôntico, ocorria em 19% a 31,4% em todos, ou em alguns dos dentes anteriores. Todavia, quase todos os dentes submetidos a forças ortodônticas mostravam alguma evidência histológica de reabsorção. Nas reabsorções ocorridas após o tratamento ortodôntico, os incisivos superiores estavam mais envolvidos, sendo considerada uma idiopática reabsorção da raiz e, particularmente, o primeiro molar inferior manifestava a reabsorção na raiz distal. Embora numerosos estudos tivessem demonstrado que diferentes graus de encurtamento da raiz apical com reposição óssea ocorriam durante a atividade ortodôntica, que cessavam após a suspensão do tratamento, observaram que MATTISON (1984) havia relatado um caso em que a reabsorção apical continuou depois que cessou o tratamento ortodôntico, sendo interrompida com o tratamento endodôntico.

BRAUN (1997) entendeu que a boa prática odontológica consistia em agir com perícia, prudência e observação das regras de trabalho, que eram aliadas do profissional. Salientou a necessidade do

paciente entender que o profissional colaborava com a sua saúde, e que era importante que fossem tomadas dele as informações clínicas corretas, em documento assinado. Complementou que eram testemunhas da ação do profissional: as radiografias, fotografias e modelos de estudo, sempre que possível, com datas registradas. Para exemplificar, citou o trabalho dos ortodontistas e periodontistas, cujo tratamento era sempre prolongado, aumentando o risco, e que nem sempre o profissional era o responsável por um fracasso, pois devia-se levar em conta o paciente desidioso que abandonava o tratamento. Considerou que, nesses casos, o telefonema ao paciente não era suficiente, devendo-se documentar com carta, não intimidadora, mas informativa, de que a única prejudicada era a sua saúde. Essa desídia do paciente podia ensejar o risco de um fracasso absoluto, e à inobservância, pelo profissional, dessas medidas infratoras de ordem legal, a autora chamou de iatrogenia. Citou ainda, como outros exemplos de iatrogenia, a falta administração de antibióticos em pacientes que tinham essa indicação, e o tratamento contra indicado em pacientes com patologia sistêmica sem uma correta anamnese. Aconselhou, também, uma boa avaliação risco e benefício nos casos onde se procurava evitar um mal maior provocando um mal menor, obtendo o consentimento do paciente para a execução da conduta escolhida.

CLARE (1997) relatou que os pais de um menino, que teve o cérebro esquerdo severamente danificado depois de uma operação de transplante de coração, acusaram os médicos de não os ter advertido do risco. Eles moveram um processo pelos danos causados em seu filho, alegando que nunca teriam consentido com a operação em 1987, quando o filho tinha 16 meses de idade, se o cirurgião e sua equipe tivessem informado que havia um risco de dano ao cérebro. O autor considerou que este caso demonstrou a importância sobre qual informação o médico era obrigado a dar sobre o plano proposto para um tratamento. A maioria dos juizes entendeu que, se a equipe médica responsável não advertiu sobre o risco, não poderia ser considerado negligente um membro isolado da equipe que também não havia feito a advertência. Mas, quando havia um considerável risco de surgir uma grave consequência adversa, o paciente tinha o direito de ser informado. Também consideraram que quando o paciente fazia uma pergunta direta, tinha o direito de obter uma resposta verdadeira. O médico alegou que não havia feito menção sobre os riscos aos pais do menino porque o risco era muito pequeno, e ele só o teria mencionado se os pais tivessem perguntado especificamente sobre isso, sendo o único caso ocorrido naquele hospital, entre os 268 bebês que haviam se submetido à cirurgia de transplante do coração.

CORTINA (1997) comparou a iatrogenia e o erro médico, e expressando que a iatrogenia era uma ocorrência possível e indesejável que se conhecia de antemão, mas que podia surgir a qualquer momento, e que em nenhum momento se justificava pela presença de um equívoco, descuido ou ignorância. Entendeu que, se a ação do profissional era cuidar do enfermo e este era prejudicado, então diferia daquilo que definia a função do médico, ou seja, aquele que cuidava do doente. Se esse comportamento traduzia ignorância, displicência ou equívoco, não podia ser considerado como iatrogenia, mas um erro profissional. Considerou que, se a diferenciação entre o erro e a iatrogenia era difícil, então era necessário que, em cada caso, se analisassem os fatos detalhadamente, tornando possível, assim, a distinção entre ambos. Para o autor, embora houvesse livros dedicados a erro e iatrogenia, eles não delimitavam, com exatidão, suas áreas, muitos deles confundindo, visivelmente, o significado de iatrogenia e erro. O autor, após estabelecer algumas diferenças entre iatrogenia e erro profissional, sugeriu a necessidade de se criar uma sistemática de prevenção de erros, afirmando que muitas vezes os programas de revisão e reavaliação de procedimentos profissionais podiam parecer custosos, num primeiro momento, mas que, certamente, não o seriam quando comparados com o custo real dos erros que por

ventura fossem cometidos. Chamou a atenção para o fato de que, mais necessário que um tribunal que outorgasse a punição para essas ocorrências, era vital a criação de um comitê que institucionalizasse todos os cuidados da prática profissional, com a finalidade de se localizar e evidenciar os erros, discutir sua revisão e identificá-los com a finalidade de se corrigi-los, para atingir metas de qualidade e eficiência. Considerou que o erro devia ser conhecido, sem criar pressões que obrigassem a ocultá-lo. Pelo contrário, devia ser identificado, discutido, analisado, para que surgissem medidas preventivas que o convertesse em medidas positivas, não em um agente de desequilíbrio ao médico, criando sensação de medo, culpa, cólera, humilhação. A prevenção de erros implicava em dedicar-se ao estudo de esquemas de trabalho, evitando pressões, estresse e fadiga e, assim como, contribuição para o desenvolvimento das atividades em um ambiente de segurança, contando com o apoio e confiança de seus pacientes, e obtendo estímulos que tornassem gratificante seu trabalho.

COSTA *et al.* (1997), em seu trabalho “As Próteses Parciais Removíveis e as Iatrogenias Evitáveis”, chamaram a atenção sobre a importância da integração entre a prótese e a periodontia, no caso de indicação desse recurso protético. Alertaram que a presença de uma

prótese aumentava a formação de placas e a retenção alimentar, tanto na área grampo dente, como na área conector maior-tecido gengival, motivo pelo qual os pacientes portadores de prótese parcial removível deviam ser bem orientados sobre a manutenção de uma cuidadosa higiene. Também alertaram que um dos princípios atuais a ser seguido na confecção de uma prótese era de que o limite terminal da peça protética em relação à gengiva marginal dos dentes remanescentes devia ser de 5 a 6 milímetros de distância para os dentes superiores e de 3 milímetros para os dentes inferiores. Os autores disseram que, apesar de ser reconhecido que era impossível de se evitar certas pressões sobre o tecido gengival na dinâmica das PPRs, pouca atenção se dava à prensagem da resina acrílica para a confecção das selas nessas próteses, e que isso podia provocar pressão em determinadas áreas, o que fatalmente induziria à patologia periodontal iatrogênica.

DINIZ (1997), em sua obra “Curso de Direito Civil Brasileiro. Responsabilidade Civil”, definiu a responsabilidade civil como a aplicação de medidas que obrigavam alguém a reparar dano moral ou patrimonial causado a terceiros, e analisou que esta definição guardava, em sua estrutura, a idéia da culpa quando se cogitava da existência de ato ilícito. Entendia que a responsabilidade civil requeria: a) a existência de

uma ação, comissiva ou omissiva, qualificada juridicamente, b) a ocorrência de um dano moral ou patrimonial causado à vítima por ato comissivo ou omissivo do agente e c) nexo de causalidade entre o dano e a ação. Expôs que, no ordenamento jurídico brasileiro, vigorava a regra geral de que o dever ressarcitório pela prática de atos ilícitos decorria da culpa, ou seja, da reprovabilidade ou censurabilidade da conduta do agente, e assim, o ato ilícito qualificava-se pela culpa. Relatou que o Código Civil Brasileiro, em seu artigo 159, ao se referir ao ato ilícito, prescrevia que este ocorria quando alguém, por ação ou omissão voluntária (dolo), negligência ou imprudência (culpa), violava direito ou causava dano a outrem, seria responsabilizado pela reparação dos prejuízos, estabelecendo, esse diploma legal, o ilícito como fonte de obrigação de indenizar danos causados à vítima. A autora explicou que o ato ilícito era o praticado culposamente em desacordo com a norma jurídica, violando direito subjetivo individual, causando prejuízo a outrem, e criando o dever de reparar tal lesão. Em sua obra “Teoria Geral do Direito Civil”, (1997) esclareceu que no Direito Civil estavam regulados os direitos e deveres de todas as pessoas, por expressa ordem contida no artigo 1º, do Código Civil: “Este Código regula os direitos e

obrigações de ordem privada concernentes às pessoas, aos bens e às suas relações”.

GOMES (1997) chamou a atenção para o ambiente em que devia ser feita a perícia, alertando que a execução da perícia requeria tranqüilidade e ausência de interferências de pessoas não incumbidas dessa tarefa, recomendando que o perito não podia ser perturbado por representantes da mídia, nem por autoridades que nada tivessem a fazer no local de realização da perícia.

JENSEN (1997) considerou que os principais incidentes causados pelos hospitais ou aqueles causados por médicos (iatrogênicos) ocorriam com a mesma freqüência. As lesões iatrogênicas e hospitalares compreendiam todos os tipos de gravidade, desde pequenos hematomas, até perda de sangue, com maiores lesões neurológicas e óbito. Relatou que, como os hospitais e os profissionais não publicavam os dados desses incidentes, provavelmente porque queriam se proteger de demandas ou ocultar os casos devido aos problemas que podiam ocorrer, isso indica que esses incidentes eram, eventualmente mais freqüentes do que o público podia imaginar. Embora os hospitais divulgassem, em 1980, um índice de 9% de eventos, o autor acreditava que tal índice podia atingir o percentual de 30% devido à resistência para relatar os incidentes.

MARANHÃO (1997) conceituou a perícia como sendo o conjunto dos exames realizados por técnicos, a serviço da Justiça e, enfatizou a importância da perícia por serem exames especializados que forneceriam o fundamento objetivo de uma sentença. Relatou que o clínico devia acreditar nas informações do paciente e tê-las como sinceras até prova em contrário. Já o perito tinha o dever de sempre questionar, tanto a validade, como a sinceridade dos informes recebidos. Devia, mesmo, confrontá-los com os procedentes de outras fontes (documentos, peças processuais, informes de terceiros, etc.). Considerou que aquele que procurava o clínico desejava ser tratado e usualmente fornecia esclarecimentos úteis, e quem, ao contrário, se submetia a uma perícia, sempre tinha interesse em jogo e, seguramente, procurava favorecer a sua tese (mesmo que de modo insincero, conscientemente ou não). Assim, o perito precisava ser cauteloso, reservado e só firmar conclusões depois de obter dados de confirmação. Ressaltou que o clínico estava vinculado ao cliente por termos jurídicos e éticos, independentemente de tratar-se de serviço particular ou público, remunerado ou não, e a regra do sigilo profissional era sempre aplicável, enquanto que o perito estava a serviço da Justiça, a ela devendo o informe, isento do sigilo profissional. Assim, nada devia ao observado (paciente), mas ao magistrado (ou seu

equivalente), não podendo favorecer o paciente ou adotar posição parcial ou suspeita, conforme os dispositivos legais. Concluiu, assim, que as atividades de clínico e perito eram incompatíveis quanto ao mesmo paciente, sendo que o clínico não podia ser perito de seu cliente, do mesmo modo que, o perito não podia tratar seu periciado.

MONTEIRO (1997) expôs que o Código Civil Brasileiro disciplinou o ato jurídico e regulou o ato ilícito, e que a diferença entre ambos residia no aspecto de que o primeiro era ato de vontade que produzia efeitos de direito, e o ato ilícito, embora também fosse um ato de vontade, produzia efeitos jurídicos independentes da vontade do agente. Explicou que o artigo 81, do Código Civil Brasileiro, definiu o ato lícito, que era aquele fundado em direito, enquanto que, o ato ilícito, definido no artigo 159 do mesmo Código, constituía um delito, civil ou criminal, e, portanto, violação à lei. O delito civil induzia à responsabilidade civil, e o direito à indenização surgia sempre que da atuação do agente resultasse prejuízo, voluntária ou não. Relatou que o preceito fundamental do ato ilícito estava contido no artigo 159, do Código Civil: “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano”. Concluiu que, pela lei civil, o primeiro elemento indispensável à configuração do ato

ilícito era a culpa, exigindo que o ato lesivo fosse voluntário ou imputável ao agente por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência; em segundo lugar exigia-se a ocorrência de um dano e, em terceiro, a relação de causalidade entre o dano e o comportamento do agente.

REDLICH *et al.* (1997) fizeram o relato de um caso clínico em que o tratamento ortodôntico/protético tinha sido instituído com objetivo de substituir um incisivo central superior esfoliado em decorrência do uso inadequado de elástico ortodôntico. Utilizaram a expressão “esfoliação iatrogênica” para descrever um caso clínico em que um incisivo central superior havia sido perdido pelo uso incorreto desse elástico. Descreveram que havia ocorrido a migração do elástico para a região subgingival do dente, ao longo de sua raiz, destruindo o ligamento periodontal e o osso alveolar, ocasionando a luxação subsequente e a esfoliação iatrogênica do dente envolvido. Citaram que o primeiro caso registrado na literatura, sobre esse tipo de iatrogenia, havia ocorrido em 1870, e que o paciente descrito na reportagem ¹ havia perdido os dois incisivos centrais.

RODRIGUES (1997) registrou que o Livro II da Parte Geral do Código Civil, distinguiu, de um lado, as ocorrências alheias à atividade humana que criavam relações na órbita do direito, e de outro, os atos

provindos do comportamento do homem que derivavam das relações jurídicas. Separou, então, dentre estes últimos, o ato jurídico do ato ilícito, explicando que este segundo colidia com a lei, com a moral ou com os bons costumes e, por isso, gerava efeitos que não eram desejados pelo autor. Assim, ato ilícito era aquele ato humano que não se acomodava com a lei, provocando um resultado que não se compatibilizava com a vocação do ordenamento jurídico. Conceituou ato ilícito como aquele praticado com infração a um dever e do qual resultava dano a outrem, assim, o agente devia reparar o dano causado, indenizando a vítima das despesas de tratamento, bem como repondo aquilo que a vítima deixou de ganhar em sua inatividade. Tratava-se de uma responsabilidade extracontratual, ou aquiliana, que se fundamentava, no direito brasileiro, no artigo 159, do Código Civil. Do exame desse dispositivo, o autor relacionou os pressupostos necessários para que a responsabilidade surgisse: que houvesse uma ação ou omissão, por parte do agente; que a mesma fosse causa do prejuízo experimentado pela vítima; que houvesse ocorrido efetivamente um prejuízo; e que o agente tivesse agido com dolo ou com culpa. Reafirmou que não ocorrendo um destes pressupostos, não aparecia, a não ser nos casos de responsabilidade sem culpa, o dever de indenizar, ou seja, não se configurava a responsabilidade. Concluiu que a

responsabilidade baseava-se na idéia da culpa, e só quando provada a culpa do agente é que emergia a necessidade de reparar o dano.

SANTOS (1997) afirmou que a perícia era declaração de ciência “quando relatava as percepções colhidas, quando se apresentava como prova representativa de fatos verificados ou constatados”, como por exemplo, no caso em que eram descritos os danos sofridos pelo paciente submetido a um tratamento odontológico, e era afirmação de um juízo “quando constituía parecer que auxiliava o juiz na interpretação ou apreciação dos fatos da causa”, como por exemplo, ao explicar como ocorrera o dano e qual fora a causa dele.

ZUAZOLA (1997) observou que a prevenção em odontologia, nos últimos tempos, tinha ganho grande impulso e que, na ortodontia, o conceito de intervenção ortodôntica preventiva não estava pacificado entre os especialistas e as diferentes especialidades. Citou que, para vários autores, aspectos do tratamento como o desgaste seletivo, a utilização do mantenedor de espaço, diagnóstico precoce e a reeducação muscular eram procedimentos da área do clínico geral. Por outro lado, outros autores consideravam que certas anomalias deviam ser tratadas pela própria ortodontia, sendo de sua intervenção, especialmente, o programa de extrações seriadas e o uso de aparatologia para corrigir anomalias do

tipo mordida cruzada anterior, mordida aberta, entre outros. Salientou que esses programas preventivos deviam ser aplicados durante o desenvolvimento da dentição. O autor expressou sua opinião de que certos procedimentos requeriam conhecimento e experiência que eram próprios da especialidade ortodôntica, e exemplificou que as extrações seriadas, o manejo do tratamento da mordida cruzada e da mordida aberta, quando não conduzidas por profissionais especialistas, podiam ser as principais causas de iatrogenia em ortodontia. Sobre a extração seriada, por exemplo, o autor chamou a atenção sobre seu envolvimento com o aspecto ético. Outro aspecto observado foi a questão da responsabilidade em terminar o tratamento 3 a 4 anos depois de iniciado, e que na fase da adolescência ocorria um expressivo crescimento e desenvolvimento, influenciado por uma diversificada quantidade de fatores genéticos e ambientais cujo resultado era difícil de se prever. Sobre o problema dessa conduta, relacionou uma série de envolvimentos, durante sua prolongada execução, que necessitavam, realmente, da atenção de um profissional com conhecimentos e experiência de especialista. Abordou, ainda, o tratamento de mordida cruzada anterior, ou mordida invertida, fazendo considerações sobre sua etiopatogenia que podia corresponder a um sem número de casos de má oclusão. Considerou que o seu diagnóstico

diferencial era dos mais difíceis, pois se assemelhava a outros de má oclusão. Ainda sobre o tratamento da classe III, chamou a atenção para a utilização da mentoneira, afirmando que seu uso era um procedimento arcaico, e que os mais destacados autores do mundo desaconselhavam o seu uso por considerá-lo como um poderoso elemento iatrogênico. Sobre a mordida aberta, o autor chamou atenção dizendo que quem acreditasse que o uso de elementos simples, tais como: placas removíveis e reeducação muscular, podia levar a um bom resultado, alimentava apenas uma pretensão.

CABRERA (1998) definiu iatrogenia como o resultado nocivo, direto ou indireto, resultante de ações médicas que buscavam beneficiar pessoas saudáveis ou enfermas. Definiu erro médico como todo ato médico do tipo profilático, de diagnóstico ou terapêutico, que não correspondia com o real problema de saúde do paciente e no qual não existia a má fé, a negligência, a indolência, a incapacidade e nem a ignorância profissional. Definiu como infração ou falta médica todo ato em que se manifestava indolência, negligência, abandono ou incapacidade do médico, não somente ante o paciente, mas também ante ao seu trabalho e de seus companheiros. Seu objetivo foi determinar o domínio que os médicos tinham sobre estes conceitos porque existia uma tendência a se

confundir estes termos. Realizou uma pesquisa, e de um total de 100 médicos selecionados, 8% se recusaram a responder a pesquisa. Encontrou os seguintes resultados: 54,81% dos indivíduos tinham uma informação correta, 79,28% confundiam erro médico com falta médica, 23,94% consideravam que eram termos sinônimos, 81,25% responderam que erro médico sempre implicava em iatrogenia e 72,68% responderam que o erro médico não constituía uma violação dos princípios da ética médica. Concluiu, de acordo com seus resultados, que os médicos que participaram da pesquisa não tinham uma correta informação sobre os assuntos pesquisados.

CAHALI (1998) citou que, como em qualquer área da responsabilidade civil, punha-se em evidência como pressuposto da obrigação de reparar o dano, o nexo de causalidade entre a ação ou omissão voluntária e o resultado lesivo.

CARVALHO (1998) definiu a iatrogenia e a responsabilidade civil dentro de um universo jurídico eminentemente conflitual, sendo termos inconciliáveis e excludentes em qualquer uma de suas vertentes: civil, penal e administrativa. Entendeu que a iatrogenia estava mais próxima de uma imperfeição do conhecimento científico, escudada na falibilidade médica. Para o autor, a responsabilidade civil

decorria de uma violação consciente de um dever ou falta do dever de cuidado, impondo ao profissional, além de sanções penais e administrativas, a obrigação de reparar o dano. A iatrogenia, ou doença iatrogênica provocada por ato médico em pessoas sadias ou doentes, através do uso de fármacos ou de técnicas necessárias para vencer a crise ou os surtos, não caracterizava, ao revés, a responsabilidade civil e conseqüente indenização. Observou, ainda, que a dificuldade residia na impossibilidade de se estabelecer no que consistia a iatrogenia e a culpa *lato sensu* no ato médico de diagnosticar ou prescrever o tratamento adequado ao paciente. Esclareceu que a medicina moderna estancava de forma direta o ingresso da iatrogenia no campo da responsabilidade civil, quando conceituava sua extensão, pois entendia que a ação profissional praticada com a finalidade de aplicar a arte, a perícia e o zelo podia trazer algum eventual desvio, que não ia além de uma relação terapêutica. O autor chamou a iatrogenia de “quase ilícito”, e de ilícito civil a responsabilidade médica, citando que a falta de marcos jurídicos específicos sobre o tema, oferecidos pela doutrina e pelos tribunais brasileiros, mantinha indefinida essa linha de separação. Dessa forma, a iatrogenia tinha se servido de anteparo aos erros médicos, afastando assim a responsabilidade civil, e muitas ações tidas como iatrogênicas, muitas

vezes escondiam, sob o manto da simulação, ações que traziam um dano que podia ser evitado e que, apesar de sua previsibilidade nociva, o profissional anuía com o resultado. Como jurista, o autor reportou que essa dificuldade tornava tormentosa a tarefa imposta ao judiciário de separar a iatrogenia da responsabilidade civil. O autor enfatizou que as complicações da prática moderna, as doenças do progresso da ciência médica e da multiplicidade de métodos terapêuticos e de diagnóstico aumentavam, consideravelmente, os riscos da iatrogenia.

DENARI (1998), em “Código Brasileiro de Defesa do Consumidor”, de GRINOVER *et al.* (1998), esclareceu que o parágrafo 4º, do artigo 14, do Código de Defesa do Consumidor abriu uma exceção ao princípio da objetivação da responsabilidade civil por danos, quando se tratava do fornecimento de serviços por profissionais liberais, cuja responsabilidade devia ser apurada mediante a verificação de culpa. Assim sendo, o profissional liberal somente seria responsabilizado por danos, quando ficasse demonstrada a ocorrência de culpa subjetiva, em qualquer de suas modalidades: negligência, imprudência ou imperícia.

ELLIS (1998) relatou que surgiam complicações após o tratamento de fraturas do côndilo mandibular, sendo ou não tratadas através de cirurgia. Considerou que se sabia mais sobre as complicações

para os casos de tratamentos não cirúrgicos porque a maioria dos relatos da literatura referia-se a esse tipo de tratamento para os casos de fraturas do côndilo. Citou que MACLENNAN (1952) havia declarado que essas complicações nos tratamentos de fratura do côndilo não traziam aborrecimentos ao paciente, e isso podia explicar a pouca atenção que era dispensada a tais fraturas. Todavia, considerou que o clínico estava mais consciente das complicações que os pacientes podiam ter e categorizou-as em: maloclusões, hipomobilidade, assimetria, deficiência ou degeneração orgânica e danos iatrogênicos. Considerou que o tratamento não devia ser pior que a doença, e se o paciente estava sendo submetido a uma cirurgia aberta de fratura de côndilo, a cirurgia devia ser capaz de ser executada com pequeno risco a estruturas vitais, como a ramificação do nervo facial. Considerou que era importante que o profissional executasse a cirurgia cuidadosamente porque em 15% dos casos ocorria uma diminuição da mobilidade dos nervos faciais, apesar de que, na maioria dos casos, era raro que a recuperação ultrapassasse o período de 6 meses.

FRANÇA (1998), a propósito da figura do perito, expôs que “suas palavras deverão ser contadas, medidas e pesadas, pois um conceito poderá se prestar a interpretações que não são as do perito. Não deverá ser um denunciante precipitado, nem excessivamente prudente. Seu

raciocínio e suas afirmações deverão fugir dos extremos: da audácia e da timidez. Sua descrição deverá ser a imagem real e lógica do que observa, de tal maneira que, da leitura de seu laudo, se tenha a impressão exata do fato. O bom critério pericial é aquele capaz de permitir o valor das diferentes comprovações, entendendo o que pode ser aceito como certo e provado, e o que se deve ter como dado absoluto para negar ou afirmar.”

Considerou que não era possível classificar como imperito um ato médico, porque o médico era habilitado, profissional e legalmente, tendo nas mãos um diploma que lhe conferia um grau de doutor e uma habilitação legal, que tornava difícil provar-se que ele era imperito. Obedecendo a seqüência adotada pelo Código Civil Brasileiro de 1916, conceituou as referidas espécies de culpa: 1) Negligência - “Caracteriza-se pela inação, indolência, desleixo, inércia, passividade, torpidez. É a falta de observância aos deveres que as circunstâncias exigem. É um ato omissivo.”, 2) Imprudência - “Imprudente é o médico que age sem a cautela necessária. É aquele cujo ato ou conduta são caracterizados pela audácia, intempestividade, precipitação ou inconsideração. A imprudência tem sempre caráter comissivo, e 3) Imperícia - “É a carência de aptidão, prática ou teórica, para o desempenho ou a inabilitação para exercer

determinado ofício, por falta de habilidade ou pela ausência dos conhecimentos elementares exigidos numa profissão.”

LUSSI & GYGAX (1998) buscaram determinar a ocorrência de danos iatrogênicos, e se, nas condições diárias do serviço de prática odontológica, esses danos podiam ser sensivelmente reduzidos com o uso de métodos alternativos e instrumentações especialmente desenvolvidas com esse objetivo. Observaram que, nos casos de restaurações, quando as margens estavam muito próximas das superfícies opostas, estas sofriam danos em 89% dos casos em que haviam sido usados instrumentos convencionais, e que cerca de 75% das superfícies adjacentes sofriam danos iatrogênicos, mesmo quando as margens da cavidade estavam longe. Observaram danos em superfícies de dentes adjacentes em todos os casos em que foram utilizados métodos convencionais, e quando foi utilizado um instrumento experimental, com ponta especialmente projetada para evitar danos, estes foram observados em apenas 31% dos casos. Concluíram que os danos iatrogênicos causados em superfícies de dentes adjacentes podiam ser significativamente reduzidos com a utilização de um sistema de arquivo combinado com o instrumental experimental que haviam desenvolvido.

MATIELO (1998) elucidou que, sob o ângulo subjetivo, era fundamental o liame entre o dano e a responsabilidade, tornando-se imprescindível a presença do elemento culpa. Anotou que a chamada responsabilidade subjetiva, ou com culpa, era a modalidade adotada pelo ordenamento jurídico brasileiro, que se evidenciava no artigo 159 do Código Civil Brasileiro, onde estava consignada, expressamente, o ônus que cabia ao lesado de provar a culpa e o nexo de causalidade. Destacou, como elementos básicos da responsabilidade civil: a ocorrência de um dano a alguém, a existência de conduta viciada por culpa e prática do agente, e o nexo causal entre o resultado danoso e o ato executado pelo lesante. Desse modo, de acordo com o conteúdo normativo, a imputação de dano causado pelo cirurgião dentista, assim como pelos demais citados no artigo 1.545 do Código Civil Brasileiro (médicos, cirurgiões, farmacêuticos e parteiras), somente podia prosperar se, entre outros pressupostos, fosse invocada e comprovada a culpa do acusado na produção do prejuízo final. Realçou os caracteres que estremam as três modalidades de culpa: a) imprudência – agir com precipitação, b) negligência – falta de atenção em momento próprio, e c) imprudência – desacordo entre a atuação prática e a recomendação teórica para o caso.

Concluiu que o médico estava comprometido com o dever de indenizar ou reparar mediante a verificação de que realmente agiu com culpa.

OLSEN & POLLARD (1998) relataram que desde 1870 a literatura odontológica trazia referências sobre casos de prejuízos periodontais iatrogênicos originados por materiais elásticos e outros objetos estranhos, usualmente anéis elásticos. Consideraram que a iatrogenia periodontal, e ainda, a esfoliação dos dentes, principalmente dos incisivos centrais superiores permanentes, podiam ser causadas por dentistas que prescreviam anéis elásticos ortodônticos, pois causavam irritação local. Relataram, também, que uma garota de 8 anos procurou o autor (C.B.O.) no Royal Dental Hospital of Melbourne, queixando-se de que os incisivos centrais superiores permanentes estavam doloridos e com mobilidade. Conforme o relato de seus pais, um clínico geral havia realizado uma frenectomia usando anestesia geral havia 3 semanas, tendo colocado anéis elásticos para fechar o diastema da linha média superior. Subseqüentemente, os incisivos centrais superiores ficaram doloridos e móveis, com ambos os dentes inclinando-se na distal e girando para o lado direito, e ao observar este movimento, o dentista extraiu o canino decíduo superior direito. Relataram que seus pais procuraram uma segunda opinião junto ao Hospital de Melbourne, onde foram informados

que o uso de anéis elásticos para fechar diastemas era uma prática odontológica não aceitável.

RUD *et al.* (1998) denominaram as perfurações acidentais de raízes dentárias de perfurações iatrogênicas, e descreveram 100 casos de perfurações radiculares tratadas com resina composta, com o propósito de examinar as propriedades curativas na vedação dessa perfuração, quando esta não tinha recebido tratamento imediato em seguida a sua ocorrência. Salientaram que o tratamento dessas perfurações de raiz tinha recebido uma atenção esporádica na literatura odontológica, tornando impossível uma análise baseada em estudo comparativo. Citaram que o prognóstico era altamente promissor quando o tratamento cirúrgico era executado antes que se estabelecesse uma comunicação entre a cavidade bucal e o osso associado com a perfuração.

SILVA *et al.* (1998) procuraram dar a devida importância às ações iatrogênicas ocorridas em algumas áreas da atividade do cirurgião dentista e realizaram uma pesquisa dando enfoque às iatrogenias verificadas nas intervenções anestésicas e suas conseqüências, como as ulcerações da mucosa bucal, e a instalação de processos inflamatórios, agudos e crônicos. Relataram que, entre os

efeitos adversos da ação anestésica, apareciam as ulcerações e que estas interferiam na alimentação, dando origem, conseqüentemente, como desdobramento, a uma queda na resistência orgânica sistêmica, reduzindo a qualidade de higiene bucal, e provocando efeitos como: a inflamação da gengiva, descalcificação de esmalte ou a instalação de cáries, causando, dessa forma, grande prejuízo ao paciente, em suas condições locais e gerais. Em vista desses fatos, procuraram alertar a classe odontológica para a necessidade de se voltar a atenção para a prevenção dessas iatrogenias.

STOCKTON & SUZUKI (1998) discutiram a restauração de dentes com extensivas fraturas que ultrapassaram o ligamento periodontal, assim como, o tratamento de perfurações iatrogênicas ocorridas durante a preparação do canal da raiz. Consideraram que o aumento de um variado tipo de lesões e fraturas dentais atípicas era devido ao aumento das atividades de lazer propensas a acidentes como os esportes radicais, de contato e acidentes automobilísticos. Avaliaram que aproximadamente 50% das perfurações do canal da raiz do dente ocorriam durante o preparo do espaço, e como eram devidas ao tamanho e manuseio das brocas, consideraram a necessidade de revisar a técnica de preparação dos canais.

CAVALIERI (1999) expôs que o ato ilícito era uma manifestação de vontade, uma conduta humana voluntária, só que contrária à ordem jurídica, e gerador da responsabilidade civil. Identificou no artigo 159 do Código Civil Brasileiro, os pressupostos da responsabilidade civil subjetiva: a) a conduta culposa do agente, b) o dano e c) o nexos causal. Relatou que, portanto, a partir do momento em que alguém, mediante conduta culposa, violava direito de outrem e causava-lhe dano, estava-se diante de um ato ilícito, do qual resultava o inexorável dever de indenizar. Alertou que violação de direito e ilicitude não eram sinônimos, e que podia haver ilicitude sem dano e dano sem ilicitude. Registrou que a responsabilidade subjetiva exigia o elemento culpa como principal pressuposto da obrigação de indenizar. Assim, nem todo comportamento do agente seria apto a gerar o dever de indenizar, mas somente aquele que estivesse revestido de certas características previstas na ordem jurídica. Desse modo, a vítima de um dano só poderia pleitear ressarcimento de alguém se conseguisse provar que esse alguém agiu com culpa. Relatou que a essência da culpa era a violação de uma norma de conduta por falta de cuidado: geral, quando contida na lei, e particular, quando consignada em contrato, mas, sempre por falta de cautela. Conceituou a culpa como conduta voluntária contrária ao cuidado imposto

pelo Direito, com a produção de um evento danoso involuntário, porém previsto ou previsível. Extraiu, desse conceito, os seguintes elementos para a culpa: a) conduta voluntária com resultado involuntário, b) previsão ou previsibilidade, e c) falta de cuidado, cautela ou atenção.

ELGBOURI *et al.* (1999) relataram o caso de um paciente, do sexo masculino, com 42 anos de idade, que apresentou grave complicação durante a extração de um dente do siso. Após a tentativa de sua extração, o dente migrou para dentro da fossa temporal, sendo necessário uma cirurgia para a remoção parcial da coroa. Para os autores, as avulsões de dentes do siso podiam apresentar complicações migratórias, mas, quanto às migrações ao nível de fossas temporais, consideraram-nas excepcionais. Os exames mostraram que o paciente apresentava uma limitação na abertura bucal, um vestíbulo superior sensível e, à apalpação, uma interessante recuperação de uma perda de substância óssea na tábua externa no lugar do dente 18 (ausente). Os exames radiográficos confirmaram a ausência do dente no alvéolo e a perda da substância óssea. Na radiografia do crânio, da face e do perfil, projetou-se uma imagem radiopaca, ao nível da região temporal direita, aparentando um órgão dental. Tomografias dessas regiões confirmaram a existência do molar, ao nível da fossa temporal direita, em posição vertical, e com a coroa

invertida. Os autores consideraram que havia ocorrido uma migração iatrogênica do dente do siso superior direito ao nível da fossa temporal do mesmo lado, posterior às dificuldades operatórias. Concluíram que era excepcional a projeção de um dente do siso superior para a fossa temporal após a extração, e que, no caso relatado, vários elementos tinham contribuído para a projeção iatrogênica. Concluíram, também, que eram consideráveis as conseqüências psicológicas e estéticas, podendo trazer complicações médico-legalis com a conseqüente reparação jurídica do dano corporal.

FRICKER (1999) relatou que a diminuição da iatrogenia era uma meta de excelência a ser atingida, e que os pacientes podiam ser beneficiados com as qualidades preventivas de determinados materiais usados em tratamento ortodônticos.

HART (1999) considerou que o erro humano era parte integrante da natureza humana e do processo de aprendizagem. Erros triviais podiam ser uma importante ameaça para a vida, dependendo do contexto e da época. Relatou que o erro humano ocorria em todas as áreas da vida, inclusive na medicina, e que numerosos estudos demonstravam que as complicações iatrogênicas eram responsáveis por muitas mortes, prolongados afastamentos e gastos desnecessários. Relatou que diversos

fatores intervinham na probabilidade de ocorrer erros nas unidades de terapia intensiva, e que estes podiam ser reduzidos através da incorporação de técnicas adequadas.

LIMA (1999) alertou que a conceituação de culpa era um dos pontos mais delicados da responsabilidade civil, e que, na opinião dominante na matéria, a “culpa é um erro de conduta, moralmente imputável ao agente e que não seria cometido por uma pessoa avisada, em iguais circunstâncias de fato.” Expôs, ainda, que a essência da responsabilidade subjetiva era determinar como o comportamento do agente contribuía para o prejuízo sofrido pela vítima, e assim, somente os fatos humanos, revestidos pela ordem jurídica de certos requisitos ou de certas características, estavam aptos a gerar o efeito ressarcitório. Complementou que a presunção de culpa na responsabilidade objetiva era *juris tantum*, ou seja, o fato lesivo determinava a responsabilidade do autor se este não provasse a ausência de causa estranha do dano, como a força maior, o caso fortuito, a culpa da própria vítima ou o fato de terceiro.

LOPES (1999) relatou que a responsabilidade dos dentistas, assim como a dos médicos, cirurgiões, farmacêuticos e parteiras, de acordo com a regra do artigo 1.545, do Código Civil Brasileiro, regulava-

se pelo princípio geral da responsabilidade baseada na culpa, isto é, todo profissional que, por imprudência, negligência ou imperícia, causava dano à pessoa entregue aos seus cuidados, ficava obrigado a reparar.

PEREIRA (1999) apontou como requisitos das dirimentes da responsabilidade civil: a) Necessariedade – não era qualquer acontecimento, por mais grave e ponderável, que liberava o devedor, porém aquele que levava obrigatoriamente ao ato danoso, b) Inevitabilidade – para que se eximisse o agente, era necessário que o evento não pudesse ser impedido nos seus efeitos. Referiu-se, também, ao requisito “imprevisibilidade”, adotado por alguns autores, porém, não o considerou necessário porque muitas vezes o evento, ainda que previsível, não podia ser evitado, portanto a inevitabilidade incorporaria esse requisito. Salientou, ainda, que “a voluntariedade do ato não se confundia com a intenção de causar dano ou a consciência dele, que é elementar do dolo... nem implicava a imputabilidade do ato à consciência do agente isenção de reparar o dano, quando o fato é atribuível a um incapaz.”, e expôs, como elementos da responsabilidade civil na doutrina subjetiva: a) um dano – que havia de ser certo e atual, b) a culpa do agente – havia sempre a falta de observância de uma norma de conduta, legal ou contratual. Esse erro de conduta era voluntário, não no sentido da

conseqüência nociva, mas na sua realização, pois era realizado com discernimento, intenção e liberdade. O indivíduo faltava com a observância da norma por imprudência, negligência ou imperícia, e c) o nexo de causalidade entre o dano e a culpa – a responsabilidade civil somente gerava obrigação ressarcitória quando se estabelecia uma relação de causalidade entre a injuridicidade da ação e o mal causado, ou seja, sem este fato, o dano não teria acontecido. O nexo se constituía em um dos elementos essenciais da responsabilidade civil, e cumpria ao lesado, no curso da ação de indenização, prová-lo incontestavelmente. Para PEREIRA, “a teoria da responsabilidade subjetiva erige em pressuposto da obrigação de indenizar, ou de reparar o dano, o comportamento culposo do agente, ou simplesmente a sua culpa, abrangendo no seu contexto a culpa propriamente dita e o dolo do agente.” O autor expôs que a redação do artigo 159, do Código Civil Brasileiro, determinou que, no direito brasileiro, a responsabilidade civil assentou-se no princípio fundamental da culpa, e para a teoria subjetiva, o ressarcimento do prejuízo somente tem fundamento quando o agente agiu com culpa. Explicou que o elemento subjetivo do ato ilícito, como gerador do dever de indenizar, estava na imputabilidade da conduta à consciência do agente. A imputabilidade do agente significava a capacidade de entender e de

querer, no momento em que era cometido o ato danoso. Também relatou sobre a divergência existente entre os doutrinadores, no que tange à conceituação de responsabilidade civil, e optou por salientar a sua essência, que “consiste na efetivação da reparabilidade abstrata do dano em relação a um sujeito passivo da relação jurídica que se forma. Reparação e sujeito passivo compõem o binômio da responsabilidade civil, que então se enuncia como o princípio que subordina a reparação a sua incidência na pessoa do causador do dano. Não importa se o fundamento é a culpa, ou se é independente desta. Em qualquer circunstância, onde houver a subordinação de um sujeito passivo à determinação de um dever de ressarcimento, aí estará a responsabilidade civil”. Considerou que a culpa era a mesma para a infração contratual e para a extracontratual, e que ambas obrigavam o contraventor a responder civilmente pelos prejuízos causados. Concluiu que a distinção que merecia destaque era no tocante às exigências probatórias, visto que na culpa contratual incumbia ao reclamante demonstrar o dano, a infração da norma e o nexo de causalidade entre um e outra, e na culpa contratual, a posição do reclamante era mais vantajosa pois, bastava que fizesse prova da infração, para que se estabelecesse a responsabilidade.

STOCO (1999) observou que o princípio da responsabilidade civil fundava-se essencialmente na doutrina da culpa, abraçada pelo Código Civil Brasileiro de 1916, e dentro da teoria clássica da culpa, a vítima tinha que demonstrar a existência dos elementos fundamentais de sua pretensão, sobressaindo o comportamento culposo do demandado. Relatou que na etiologia da responsabilidade civil estavam presentes três elementos, ditos essenciais na doutrina subjetivista: a ofensa a uma norma preexistente ou erro de conduta, um dano e o nexó de causalidade entre uma e outro. Explicou que não bastava o agente cometer um erro de conduta para que se definisse a responsabilidade e nem tampouco que a vítima sofresse um dano, pois, se não houvesse um prejuízo, a conduta antijurídica não gerava obrigação de indenizar. Era necessário, pois, que se estabelecesse uma relação de causalidade entre a injuricidade da ação e o mal causado, tornando-se indispensável o nexó causal, ou seja, que o dano tivesse sido causado pela culpa do sujeito. Colocou que, contudo, o nexó causal poderia ser rompido, desaparecendo a responsabilidade, e citou que a culpa exclusiva da própria vítima e a ocorrência de caso fortuito ou de força maior podiam desfazer o vínculo de causa e efeito entre a conduta do agente e o resultado danoso. Elucidou que, para caracterizar a responsabilidade, uma vez adotada a doutrina do risco

criado, basta “comprovar o dano e a autoria, somente se eximindo a pessoa jurídica se provar o procedimento culposos da vítima e que, não obstante adotados meios idôneos a evitar o prejuízo, ocorreu este por fato vinculado pelo nexos de causalidade com o procedimento do agente”.

THEODORO (1999) expôs que o juiz podia, legalmente, divergir do laudo pericial em duas hipóteses: a) quando o laudo carecia de fundamentação lógica – o perito deixou de apresentar os motivos que fundamentaram a sua opinião, ou b) quando outros elementos de prova do processo o conduziam à formação de convicção diversa daquela apontada pelo perito, posto que a perícia não era prova hierarquicamente superior às demais provas

WITTER *et al.* (1999) relataram que o número mínimo de dentes necessários para satisfazer a exigência funcional havia sido assunto de vários estudos, e como podia variar de indivíduo para indivíduo, o mínimo não podia ser definido com exatidão. Em geral, era preferível a oclusão completa do arco dental, porém, não necessariamente, pois esta meta era difícil de ser atingida em razão de questões dentais ou financeiras. Observaram que muitos estudos demonstraram que arcos dentários menores, contendo os dentes incisivos anteriores e os premolares, podiam satisfazer as exigências de uma dentição funcional,

portanto, quando tinham que ser fixadas prioridades, as terapias restaurativas deviam buscar preservar as partes mais estratégicas do arco dental: os dentes incisivos anteriores e os premolares. Relataram, também, que muitos livros enfatizavam a importância do apoio do molar para prevenir problemas temporomandibulares e a instabilidade oclusal e que, conforme observou RAMFJORD (1995), a substituição de molares perdidos era uma fonte comum de doença periodontal iatrogênica que devia ser evitada, se as exigências estéticas e de estabilidade funcional estivessem satisfeitas, sem tais substituições. Em relação aos efeitos iatrogênicos dos dispositivos protéticos, declararam que as próteses parciais removíveis indicadas para os casos de arcos dentários com redução de dentes havia sido a recomendação padrão e uma opção de tratamento, por décadas, porém, os presumíveis efeitos positivos das PPRs nunca puderam ser apoiados através de pesquisa conclusiva. Isso ocorria em função de não ser bastante claro qual função devia ser melhorada nesse tipo de arco dental, e que não podiam ser menosprezados os efeitos negativos das PPRs, pois eram consideradas dispositivos de potencial efeito colateral negativo, como a reabsorção do osso alveolar e o desconforto que freqüentemente causavam aos pacientes.

BEHNIA *et al.* (2000) descreveram, em seus estudos, que a perfuração iatrogênica podia ocorrer quando um dente era tratado endodonticamente, para posteriormente receber a colocação de um núcleo radicular, com o objetivo de reconstruir o dente. Advertiram que as raízes que se afileavam longamente compunham um fator que contribuía para as perfurações iatrogênicas, principalmente quando o preparo das raízes era feito por um dentista clínico. Citaram SORENSEN & MARTIANOFF (1984), relatando que esses autores já haviam feito referência a esse tema expondo que, quando um dentista clínico decidia colocar um núcleo intracanal, devia ter em mente que era necessário um planejamento sobre a sua localização, finalidade da colocação e o método utilizado. Observaram, ainda, que considerações deviam ser feitas sobre as características anatômicas da raiz, assim como sobre a utilização de uma radiografia que permitisse uma visão mésio-distal, bem como suas variações no sentido vestibulo-lingual. Consideraram que um julgamento clínico, sem profundidade, podia levar a uma perfuração iatrogênica da raiz, não se esquecendo que curvaturas podiam estar presentes, e a iatrogenia da perfuração podia ocorrer de vários modos na preparação, sendo mascarada radiograficamente, às vezes, pela colocação do núcleo. Os autores

relataram as formas de conduta e materiais que utilizavam com o objetivo de reparar essas perfurações iatrogênicas.

BLANQUET-GROSSARD *et al.* (2000) estudaram a transmissão iatrogênica da CJD - Síndrome de Creutzfeldt Jakob, durante procedimentos endodônticos. A CJD ocorria, fundamentalmente, como uma síndrome esporádica, numa frequência anual de um caso em um milhão de pessoas, sendo que, de 5% a 10% dos casos eram de origem familiar, e os demais eram resultado de uma transmissão iatrogênica ou acidental, tendo surgido uma nova variante causada pela exposição à síndrome da “vaca louca”. Citando GROSCHUP *et al.* (1996), os autores relataram que esses autores encontraram a proteína “prion” no cérebro de indivíduos contaminados e nos nervos periféricos. Assim, a polpa dental desses indivíduos, contendo essa proteinase característica na sua inervação, podia provocar uma “contaminação iatrogênica” durante um tratamento endodôntico.

BREZINA (2000) relatou suas observações clínicas sobre casos de perdas de substâncias sub-gengivais, enumerando algumas causas de iatrogenica produzidas pelo profissional, tais como: restaurações sem adaptação, restaurações com excesso ou falta de material, núcleos

endodônticos curtos e grossos (que debilitam a raiz e não distribuem adequadamente as forças mastigatórias), preparação incorreta da câmara pulpar para o tratamento endodôntico e preparo de conduto com desvio do canal radicular (para colocação de núcleo endodôntico, resultando um eixo com ângulos diferentes entre o eixo coronário e radicular), principalmente em premolares inferiores. Salientou que, além dessas iatrogenias causadas pelo profissional, existiam as perdas de substâncias sub-gengivais que estavam relacionadas com as características gerais e locais do paciente. Considerou que a cultura geral e a odontológica, do paciente, podiam ser decisivas, e nem sempre elas caminhavam paralelas uma da outra, salientando a importância da higiene bucal, da dieta alimentar e dos hábitos dos quais ele era portador. O autor ainda chamou a atenção para o fato de que, sem higiene não havia trabalho odontológico bem feito, e que, sem correção dos hábitos bucais nocivos, qualquer tratamento teria sucesso por pouco tempo. Como relevante na prevenção das destruições de um modo geral, além dos fatores já citados, chamou, também, a atenção para a eliminação de hábitos bucais, e a visita regular ao consultório, e não somente no instante do aparecimento do problema. Concluindo, afirmou que existia destruição dentária iatrogênica, como as anteriormente

citadas, e que, quando causada pelo próprio profissional, implicava em responsabilidade profissional.

CULLEN *et al.* (2000) estudaram o erro humano na prática médica da anestesiologia. Relataram que, graças às iniciativas da Anesthesia Patient Safety Foundation, foram obtidos avanços tecnológicos que permitiram estabelecer princípios mais seguros para os pacientes submetidos à anestesia, oferecendo um atendimento mais seguro. Os estudos efetuados sobre as várias conseqüências adversas relacionadas com a anestesia, evidenciaram a necessidade de se analisar com mais atenção os cuidados que deviam ser observados para uma prática anestésica segura. Expuseram que o Institute of Medicine, em período mais recente, havia enfatizado o sério problema do erro humano na medicina, e que a prática médica requeria melhorias para a segurança do paciente. Consideraram significativos os erros e as taxas de danos associadas ao uso de medicamentos, e concluíram que podiam ser substancialmente diminuídos com a introdução de mudanças no sistema de saúde.

FORKNER-DUNN (2000) relatou que cerca de 400.000 mortes por ano resultavam de erros do sistema nos cuidados com a saúde, e que este número era mais elevado que a soma das mortes devidas ao tabaco, drogas, álcool, armas de fogo e acidentes automobilísticos. Relatou que um estudo realizado na Universidade de Harvard, feito em 1991, havia mostrado que 70% das mortes em hospitais eram causadas por erros que podiam ter sido evitados, e outros estudos indicavam que este índice podia até ser mais elevado. Questionou o fato de que a chance de morrer em razão de um erro em um hospital era 10 vezes maior do que a de morrer em um acidente de aviação. Expôs que as indústrias nucleares e da aviação projetaram sistemas adequados para evitar erros humanos, e que as indústrias dos cuidados com a saúde não se preocupavam em estabelecer sistemas efetivos para prevenção de erros. Relatou que a principal causa de um terço das mortes na América era devida a enganos nos cuidados com a saúde, índice esse ultrapassado apenas por doenças cardíacas e câncer. O autor considerou, também, que as fatalidades iatrogênicas não eram noticiadas porque aconteciam a uma pessoa de cada vez, e só se tornavam públicas quando se iniciava um litígio.

GUARNER (2000) considerou, num primeiro tópico, em um trabalho sobre as novas tecnologias e os novos danos iatrogênicos, que a denominação dano iatrogênico era reservada àquele dano derivado de um procedimento de alto risco, quando existia a alternativa de outro procedimento com perigo muito menor, ou quando a atuação do profissional denotava pela falta de conhecimento ou negligência. Chamou a atenção para o excessivo uso de medicamentos, citando o exemplo de que, nos Estados Unidos, a cada 24/36 horas, 50% a 80% da população adulta americana tomava algum produto químico prescrito por médico. Analisou, no campo das hipóteses, a possibilidade de que ocorresse a ingestão de medicamento equivocado, contaminado, envelhecido e até mesmo falsificado. Salientou que, por outro lado, muitas drogas só tinham seu efeito colateral evidenciado muitos anos depois de usadas, apresentando efeitos metagênicos e até mutilantes. O autor fez referência aos benefícios trazidos pelo progresso, os quais eram obviamente importantes mas, que novas iatrogenias, ainda que mais raras, estariam sempre presentes. O autor fez várias citações da sinonímia da iatrogenia, para depois questionar qual a diferença entre a iatrogenia e a complicação, e considerou que a lesão de um nervo recorrente, durante uma tireoidectomia, era uma iatrogenia e não uma complicação, enquanto que

uma hemorragia depois de uma tireoidectomia difícil, constituía uma complicação e não se considerava uma iatrogenia. Concluiu que, em alguns casos, todavia, os limites entre a complicação e a iatrogenia eram muito estreitos. No segundo tópico, o autor abordou o dano iatrogênico em cirurgia, e relatou que uma publicação do New England Journal of Medicine, acerca da estatística de um hospital universitário dos Estados Unidos, havia mostrado que dos 815 pacientes internados, 36% sofriam de uma ou mais enfermidade iatrogênica, e que, em 15% dos casos, o dano iatrogênico havia sido o responsável direto ou indireto pelos óbitos. Ressaltou que os médicos estavam acostumados a aceitar como mal necessário que o remédio para uma enfermidade pudesse desencadear outra enfermidade que fosse tão letal quanto a primeira. Dentre outros exemplos, o autor citou a conseqüência iatrogênica das colecistectomias laparoscópicas, efetuadas com freqüência. Revelou que, no Departamento de Saúde de Nova Iorque, a incidência de lesões dos condutos biliares era de seis a oito vezes maior na laparoscopia que na cirurgia de procedimento aberto. Reconheceu que, embora essa técnica fosse um procedimento definitivo em cirurgia, havia a necessidade de se comparar os resultados com estudos de longo prazo. Afirmou que podia citar, dentro da história da medicina, uma infinidade de exemplos onde o dano

iatrogênico havia surgido em consequência da aplicação de um determinado procedimento, ou quando os possíveis efeitos haviam sido ignorados. No terceiro tópico, o autor concluiu que o dano iatrogênico era um companheiro inseparável da medicina, e mesmo frente aos grandes progressos dos tempos atuais, a iatropatogenia não seria uma exceção.

HOFER *et al.* (2000) buscaram identificar as diversas definições de “erro” para determinar os principais assuntos pesquisados como erros, e apresentar sugestões para que fossem adotados melhores procedimentos que diminuíssem a sua ocorrência. Expuseram que o IOM – Institute of Medicine, nos EUA, havia relatado que muitos artigos tinham sido escritos sobre o erro, e que havia uma abordagem nova e diferente para melhorar os cuidados médicos. O Instituto definiu erro como o “erro de execução de uma ação planejada corretamente ou o uso de um planejamento errado para atingir um objetivo”. Os autores fizeram quatro observações principais: 1º) erro foi definido como um processo em que houve uma falha, sem qualquer vínculo com o dano subsequente; 2º) só alguns estudos mediam erro de fato, mas não descreviam o método com confiabilidade; 3º) nenhum estudo examinou a relação direta entre erros e eventos adversos, e 4º) a literatura médica ou não médica não relatou estudos de casos de pequenos erros ocultos no sistema, que interagiam de

forma complexa, produzindo as catástrofes. Os autores concluíram que o erro devia ser definido como um processo com falhas relacionado claramente a resultados adversos, e que os esforços para reduzir erros deviam ser proporcionais ao impacto que os resultados provocavam.

JINICH (2000) relatou que era universalmente aceito que a relação que se estabelecia com o médico era “sui generis”, envolvendo uma pessoa que tinha ou se acreditava ter conhecimentos e destreza necessários para diagnosticar e tratar, e uma outra pessoa portadora de uma possível enfermidade. Essa relação era, na verdade, um complexo dinâmico de idéias e emoções, e as condutas eram experimentadas tanto pelo profissional como pelo paciente, desde a primeira consulta. Ressaltou que, na relação profissional/paciente, os espetaculares avanços tecnológicos, de certo modo, significavam um obstáculo nesse relacionamento, pois podiam, muitas vezes, causar possíveis danos iatrogênicos, substituindo o diálogo e o contato clínico tradicional, tão importante nesse contato entre ambos. O autor expressou sua opinião de que havia, na medicina contemporânea, uma causa de dano iatrogênico fundamental: a supremacia do modelo biológico-lesional sobre o modelo biopsicosocial. Relatou que o dano iatrogênico era particularmente notado, em grande número, num grupo de pacientes que sofriam de

sintomas crônicos, nos quais predominava a dor, e que, apesar de vários procedimentos de diagnóstico e tratamento levados a efeito, a investigação resultava fracassada, pois não se conseguia encontrar a verdadeira alteração e sua causa, em 25% das ocorrências. Ressaltou a importância da iatrogenia da palavra no exercício da docência, quando o professor, juntamente com os estudantes de clínica, parados ao lado da cama do enfermo, indiscretamente, comentavam, a respeito do diagnóstico e o tratamento do paciente e seu prognóstico. Essa indiscrição era aterrorizante para o paciente, e seus efeitos iatrogênicos eram imensuráveis. Dentro de outros aspectos desse relacionamento, o autor extraiu que a empatia na relação “eu e você”, essencial no ser humano, geralmente estava ausente, e no lugar da palavra o que se ouvia era o barulho dos equipamentos. Afirmou que, nos dias atuais, o temor de demandas judiciais tornava obrigatório ao médico informar a seus pacientes todas as possibilidades diagnósticas, inclusive as mais graves, e todos os riscos do procedimento, ainda que remotos. O autor considerou que a exploração clínica havia cedido lugar à exploração tecnológica que, além de ser possível causadora de dano iatrogênico, havia substituído o diálogo. Comentou que a necessidade de se obter do paciente o consentimento esclarecido e, sobretudo, a demonstração de sua proteção,

face a abusos e mesmo erros que os médicos podiam cometer, tinham trazido, como conseqüência inevitável, um distanciamento entre médicos e seus pacientes, em que um via no outro um inimigo quase potencial.

LIFSHITZ (2000), em seu trabalho sobre a iatrogenia em medicina interna, avaliou que as enfermidades iatrogênicas constituíam uma proporção considerável dentro da patologia contemporânea. Para o autor, muitas enfermidades iatrogênicas podiam ser evitadas sem se sacrificar as vantagens trazidas pelos avanços de diagnóstico e terapêuticos. Destacou a participação da ação iatrogênica em relação à prescrição de medicamentos, revelando que à medida que surgiam novos fármacos, também tinham surgido novos efeitos adversos, e apesar de não existir nenhum medicamento absolutamente seguro, a sociedade contemporânea confiava mais nos medicamentos do que em qualquer outra forma de terapêutica. Citou, como exemplo de dano iatrogênico característico, a chamada iatrogenia em “cascata”, em que cada efeito obrigava a uma nova intervenção terapêutica que, por sua vez, provocava um dano adicional, e assim até atingir limites insólitos, o que era geralmente praticado em pessoa idosas. Colocou o médico como reconhecido agente etiológico de enfermidades, como nas nefropatias por medicamentos, hepatopatias tóxicas, gastrite medicamentosa e, como dano

iatrogênico, a angústia causada a seus pacientes. Sobre a questão de novos fármacos e a sua publicidade, revelou que era cada vez maior a confusão que se estabelecia em quem prescrevia, pois a informação sobre esses novos medicamentos era superada pela grande campanha promocional que normalmente os precedia. Salientou, ainda, que essa publicidade era exacerbada pelos editoriais das revistas médicas, estabelecendo-se um verdadeiro vínculo entre a indústria farmacêutica e muitos líderes acadêmicos da medicina e que, cada vez mais havia uma intervenção da indústria na educação médica, confundindo a informação científica e afastando uma noção real dos riscos. Alertou que muitas das enfermidades de causa desconhecida podiam estar relacionadas com o uso de medicamentos, principalmente quando a distância do tempo em foi administrado não permitia se fazer uma avaliação correta de causa e efeito. Citou, como exemplo, que a inibição brusca da produção de ácido gástrico podia produzir, como efeito, a proliferação de bactérias no estômago que eram capazes de originar compostos nitrosos com efeito carcinogênico, como já havia sido demonstrado em animais.

MEDEIROS & SEDDON (2000) fizeram um estudo acerca de danos causados pelo profissional, em dentes vizinhos, nas restaurações odontológicas do tipo classe II, denominando esses danos de iatrogênicos.

Concluíram que estes danos estavam presentes em 49% daqueles casos, e que os mesmos chegavam a 60%, quando, entre as ocorrências, incluíam também as lesões de superfície de esmalte do dente vizinho. Relataram que o problema do operador era o controle manual do instrumento rotativo de alta velocidade que gerava uma névoa de água e spray, acentuado pela inacessibilidade das cáries quando localizadas na parede proximal. Dessa forma, a preparação da cavidade do tipo classe II, em cáries proximais, podia ser a causa de efeito colateral da intervenção, lesando o esmalte dos dentes vizinhos, a dentina ou a restauração proxima. Esses danos iatrogênicos podiam aumentar a incidência de cáries em dentes vizinhos, iniciando esse processo ou aumentando a possibilidade de progressão de um processo já existente. Segundo os autores, a possibilidade de dano iatrogênico em superfícies proximais foi primeiramente citada por BOYDE & KNIGHT (1972). Citando o trabalho de LONG (1980), os autores relataram que foram encontrados danos iatrogênicos em 100% das superfícies adjacentes aos dentes preparados para receber coroas e pontes e, em 97%, nas superfícies vizinhas dos dentes preparados para restauração de classe II. Para os autores, o dano iatrogênico proximal poderia ser evitado de vários modos, e a proteção física de uma superfície adjacente durante um preparo de classe II,

usando-se uma matriz de aço no dente vizinho, era o procedimento mais comum. Citaram BARATIERI (1993), para quem, imediatamente após a remoção da parede de esmalte, seria conveniente proteger a parede proximal vizinha, evitando que, inadvertidamente, em fração de segundo, o profissional pudesse provocar uma lesão que, normalmente, uma cárie levaria anos para realizar. Referiram-se, também, ao uso de brocas pequenas, à utilização de instrumentos de mão, além da fita de matriz protetora que devia estar associada à separação do dente a ser operado, minimizando ou prevenindo os danos iatrogênicos neste tipo de preparo cavitário.

MEDINA (2000) entendeu que o tema iatrogenia encerrava, necessariamente, uma série de comentários pouco agradáveis e muitas vezes não aceitos, mas que se examinados com espírito positivo conduziria à moral, que era a base de todo o comportamento responsável, onde havia que se ter em mente que o profissional da saúde precisava reconhecer que sua atitude podia provocar um mal, era capaz de agravar uma enfermidade ou ainda criá-la. Este era um ponto de partida sem o qual não havia análise de iatrogenia que pudesse ser válido. Salientou que ao atender as pessoas que depositavam a confiança no profissional, este deveria fazê-lo da mesma maneira que gostaria de ser atendido, nas

mesmas situações, e isso era, sobretudo, um ato de justiça. Para a autora, a atividade profissional da enfermeira podia, às vezes, ser o principal elemento que contribuía para o sofrimento de um enfermo, e isso era o mesmo que dizer que o profissional se convertia em um fator iatrogênico. Exemplificou que o modo como cuidava e se relacionava com uma pessoa enferma, que dependia desse cuidado, podia despertar insegurança, desconfiança e angústia, todos sinônimos de iatrogenia.

MEURISSE *et al.* (2000) apresentou um relato sobre a etiologia, a patofisiologia e o tratamento da tireotoxicose iatrogênica. Expuseram que a tireotoxicose se devia ao hipertireoidismo, porém, podia ter diferentes causas etiológicas, dentre as quais se destacava, pela sua frequência, a tireotoxicose iatrogênica induzida por amiodarone, cujo mecanismo de ação era duplo, pois de um lado produzia uma sobrecarga de iodo e, de outro lado, atuava agredindo os tireócitos.

MIRABETE (2000) expôs que a perícia não era um simples meio de prova mas, sim, “um elemento subsidiário, emanado de um órgão auxiliar da Justiça, para a valoração da prova ou solução da prova destinada à descoberta da verdade”, e por isso o Código de Processo Penal incluía os peritos entre os “auxiliares da justiça”, sujeitando-os à “disciplina judiciária” e à “suspeição” dos juízes, impedindo ainda que as

partes interviessem na sua nomeação. O autor enfatizou que o juiz não possuía “conhecimentos enciclopédicos e tendo de julgar causas das mais diversas e complexas, surgia a necessidade de se recorrer a técnicos e especialistas que, por meio de exames periciais, com suas descrições e afirmações relativas a fatos que exigiam conhecimentos especiais, elucidavam e auxiliavam no julgamento”.

MIRANDA (2000) conceituou atos ilícitos como atos contrários a direito, quase sempre culposos, dos quais resultava, por incidência da lei, conseqüência desvantajosa para o autor. Os atos ilícitos, penais ou civis, davam origem às regras jurídicas que os reprovavam.

NAHLIELI *et al.* (2000) fizeram o relato de um caso clínico em que havia ocorrido uma iatrogenia pouco comum, segundo os autores, de queimadura por contato com instrumento aquecido, no caso, um fórceps. Observaram que era muito comum a esterilização com cristais de quartzo, em que a mesma se processava elevando-se a temperatura, em cinco segundos, a 233 graus celsius, eliminando-se todos os esporos, bactérias e vírus. Essa eficiência já havia sido demonstrada em laboratório, inclusive contra a hepatite B. Considerou que, no caso relatado, não houve o devido cuidado com o resfriamento do fórceps que, ao contato com a comissura labial do paciente, havia provocado uma

queimadura de segundo grau, pois que este, sob efeito de anestésico local, não havia percebido a temperatura do instrumento.

OLIVEIRA (2000) citou que a culpa do profissional da odontologia, enquanto profissional liberal, seria determinante para sua responsabilização apenas quando a obrigação fosse uma atividade de meio, pois se a atividade fosse de resultado, seria aplicada a teoria objetiva. Relatou que para que surgisse a obrigação de indenizar, de acordo com a teoria subjetiva, eram necessários três requisitos: a) a culpa, b) o dano e c) o nexo de causalidade. Alertando que a tentativa de se definir a culpa era uma árdua tarefa, concluiu que a culpa consistia num erro de conduta, cujo resultado podia ter sido previsto pelo agente. Explicou ainda, que a negligência era caracterizada pela omissão do agente no desenvolvimento de determinado ato, que a imprudência era a falta de cuidado para a prática de determinado ato, e que a imperícia era a falta de aptidão ou habilidade para fazer alguma coisa da qual o agente, em razão de sua profissão ou atividade, não podia falhar na sua execução. Relatou, também, que o agente podia ser desobrigado do dever de indenizar em função das excludentes de responsabilidade, sendo que as que estariam ligadas à responsabilidade odontológica eram: culpa

exclusiva da própria vítima, culpa concorrente, caso fortuito, força maior e cláusula de não indenizar.

SÁ (2000) entendia que iatrogenias eram ações nocivas praticadas pela equipe da saúde e que pertenciam a uma zona localizadas fronteira entre o quase ilícito e o ilícito civil, formada em um terreno pantanoso que não possuía marcos jurídicos bem definidos e implantados, e que tinham sido pouco analisadas pela doutrina e jurisprudência. Citou, como exemplo, o tratamento terapêutico realizado com cortisona e seus derivados em uma asmática que, posteriormente, veio a dar a luz um feto com má formação. O uso deste fármaco era necessário para que ela saísse da crise aguda, mas não existiam, na época, estudos sobre seus efeitos em gestantes. Assim, naquele caso, apesar dos danos para o feto da paciente, não se podia afirmar ter havido erro médico. A autora entendeu que a iatrogenia não se confundia com a má fé, que inegavelmente era responsabilidade civil, penal e administrativa, estando mais próxima de uma imperfeição de conhecimentos científicos e da falibilidade profissional. Citou BRUNO (1956), enfatizando que “havia erro escusável, e não imperícia, sempre que o profissional, empregava correta e oportunamente os conhecimentos e regras da ciência, e chegava a uma conclusão falsa, advindo daí um resultado danoso ou de perigo”. Chamou

a atenção sobre a escassez de artigos sobre o tema, o que também ocorria na área jurídica. Relatou que não se dava a devida importância às relações sociais e psicossociais, que eram exatamente as questões que mais causavam efeitos iatrogênicos, não detectados face uma aparente convivência e despreocupação em identificá-los, tanto da parte dos médicos como dos advogados, e reconheceu que, na prática, era difícil distinguir os limites entre a iatrogenia, a simulação e o erro. Citou, como exemplo de fato que podia ser iatrogênico e transformava-se em erro, a partir do momento que se passava a conhecer o efeito indesejável e nocivo da droga, o caso da talidomida, que havia sido prescrita para mulheres grávidas enquanto não se conhecia a ação iatrogênica deste fármaco.

SALMERÓN-S (2000) abordou o tema dos novos problemas iatrogênicos como resultados de novas tecnologias, principalmente os relacionados com os procedimentos invasivos de diagnóstico. Descreveu que se dava o nome de radiologia intervencionista à que incluía a fase terapêutica em seguida à fase de diagnóstico, e enumerou alguns procedimentos que eram de alguma forma agressivos, como, por exemplo, os exames angiográficos, a broncografia e a artrografia, entre outros. Observou que havia um importante aspecto a ser observado na

radiologia intervencionista nos abscessos ou oclusões biliares e nas biópsias, relatando que em 9212 biópsias do fígado, por exemplo, haviam ocorrido 10 hemorragias fatais e, em outras 22, foi possível se fazer o controle, muito embora em todos os pacientes se realizasse, previamente, os exames de tempo de coagulação e tempo de sangramento, bem como haviam sido descartados os casos que apresentaram número de plaquetas baixo ou níveis de hemoglobina abaixo do normal. O autor resumiu que, com os avanços tecnológicos, avançaram também as complicações que se tornaram cada vez mais freqüentes e dramáticas, quer pelo uso indiscriminado de radiações ionizantes, quer pela presença de níveis de intolerância a um meio de contraste. Concluiu que “os avanços da tecnologia, no terreno da eletrônica, da física, da matemática, da química, tinham dado, como resultado, a solução de muitos problemas de ordem técnica e facilitaram a operação dos equipamentos para diagnóstico, porém contribuem para ocasionar maior número de iatrogenias”.

SOX & WOLOSHIN (2000) citaram que o Institute of Medicine (IOM) relatara que entre 44.000 a 98.000 americanos hospitalizados haviam morrido devido a erros médicos. O relatório apresentado pelo Instituto citou dois estudos: um realizado em New York, em 1984, e outro, no Colorado e Utah, em 1992. O governo federal e as

organizações profissionais responderam ao clamor público dizendo que estavam empenhados em reduzir o número de erros nos cuidados com a saúde. Meses após a apresentação do relatório, surgiram dúvidas se o número de mortes era realmente tão grande quanto o IOM relatara. Pelo estudo da literatura, os autores não puderam confirmar o número de mortes relatado pelo IOM, e devido ao impacto causado na polícia, por este elevado número de mortes, os autores consideraram que era lamentável que a estimativa do IOM não fosse devidamente confirmada. Relataram que IOM não havia mostrado como havia sido calculado o número de mortes devidas a erros apresentados pelos médicos, e, como resultado, nenhuma tentativa para reproduzir este cálculo podia confirmar como o comitê havia procedido. Os autores comentaram que o comitê não relatara os eventos adversos que foram resultados dos erros apresentados, e os estudos não diferenciaram os eventos adversos daqueles advindos de erros médicos. Comentaram que, infelizmente, não havia sido medido, nesses julgamentos, as reabilitações, e concluíram que os americanos não tinham uma estimativa real sobre o número de mortes causadas por erros médicos. Concluíram que a população americana somente poderia obter uma estimativa real do número de mortes causadas por erro médico, quando os autores dos estudos de New York e os de Utah-Colorado,

usando a mesma metodologia, demonstrassem o número de casos nos quais os eventos adversos teriam causado a morte.

THOMAZ *et al.* (2000) compararam, para descobrir danos iatrogênicos, dois grandes estudos realizados na Austrália e nos Estados Unidos, em doentes hospitalizados em 1992, usando em ambos o mesmo método de revisão de registro médico. Encontraram cinco importantes diferenças metodológicas entre os dois estudos e na forma como os dados da discrepância entre as taxas de danos iatrogênicos foram analisados. O QAHCS - estudo da qualidade com os cuidados com a saúde em australianos, relatou que 16,6% das admissões estavam associadas com eventos adversos, enquanto que o UTCOS – Estudo no Colorado, Utah, relatou uma taxa de 2,9%. Consideraram que um aspecto desagradável nos cuidados médicos era a capacidade de causar, não apenas simples alívio, mas também, incapacidades e doenças. Observaram que a prestação dos cuidados, em qualquer lugar, apresentava riscos de os pacientes sofrerem um dano como uma consequência não intencional, e que os índices de danos iatrogênicos se tornavam um importante indicador da qualidade desses cuidados, e que estudos recentes tentavam quantificar estes índices e catalogar os tipos de danos que ocorriam.

TSOKOS *et al.* (2000) buscaram identificar a frequência e a graduação da úlcera de decúbito em um grande número de cadáveres selecionados antes da cremação, e discutir os aspectos legais concernentes à causalidade. No ano de 1998, examinaram 10.222 corpos, e a média prevalente foi de 11,2% de frequência com presença dessas úlceras. Foram anotadas as causas da morte que constavam nos atestados de óbitos. Havia uma correlação positiva com a prevalência da úlcera de decúbito no grupo de idade mais avançada, com grande predominância no grupo de mulheres com 80 anos e acima, devido às diferenças de expectativa de vida. Foi observada, também, uma correlação da úlcera de decúbito com certas doenças subjacentes, como trauma, demência senil, doenças neurológicas, apoplexia e inanição. Uma frequência maior dessas úlceras era encontrada nos cadáveres quando, no atestado de óbito, constavam ser procedentes de asilos e hospitais privados, como domicílio no último período de vida. A argumentação jurídica para a causa da relação entre a úlcera de decúbito com o foco de complicações infecciosas fatais ou septicemia foi baseada nos estudos de especialistas clínicos e nas investigações forenses (documentação da evolução do curso do paciente, achados da autópsia, etc.). A prevalência da úlcera de decúbito em uma população definida era, do ponto de vista da medicina social, um

parâmetro para a qualidade dos cuidados médicos e da enfermagem. Do ponto de vista médico-legal, a ocorrência de úlcera de decúbito em residentes de asilos e hospitais privados, como também em pacientes hospitalizados, podia ser considerada como dano de enfermagem, e em casos particulares, devia também ser considerada uma origem iatrogênica. Os autores formularam um questionário, para que a avaliação de um examinador forense pudesse fundamentar a existência de negligência ou de erro médico, com questões que procuravam conhecer os riscos intrínsecos e extrínsecos do paciente, os cuidados adequados aos fatores de riscos identificados, e a existência de documentação suficiente e adequada para uma argumentação conclusiva.

ARDOIN (2001) estudou a posição do farmacêutico na prevenção dos efeitos indesejáveis dos medicamentos, e considerou que todo medicamento envolvia riscos potenciais que causavam danos e que estes deviam ser avaliados em relação aos benefícios que representavam. Classificou os riscos em: a) riscos inevitáveis, que estavam ligados a elementos imprevisíveis, tais como: a suscetibilidade individual, as particularidades farmacológicas, estas ainda mais importantes em medicamentos novos, porque estes eram testados em reduzido número de pessoas; b) riscos evitáveis, que estavam ligados aos elementos

previsíveis, como os erros por parte dos profissionais da saúde, ou aqueles em virtude de os doentes se automedicarem erroneamente, ou ainda se utilizarem indevidamente do medicamento. Apresentou uma extensa relação dos principais tipos de riscos evitáveis que poderiam ser suprimidos, como os erros de prescrição, a interação medicamentosa, a dosagem, e outros. Considerou, ainda, as questões referentes ao medicamento como, por exemplo, as condições de conservação, e as referentes ao paciente, lembrando que uma grande parte da população ignorava os riscos aos quais o medicamento podia levar, mesmo um calmante, e que os bebês, as crianças, as mulheres grávidas e os idosos estavam mais propícios a apresentar uma alergia. Concluiu que o farmacêutico, como estava em contato permanente com o público, ocupava uma posição privilegiada para contribuir com a educação desses pacientes e com a prevenção dos efeitos indesejáveis dos medicamentos.

ARLET (2001) comentou sobre um artigo publicado na *La Presse Médicale*, intitulado “Os riscos iatrogênicos da automedicação na mulher grávida”, de BOUVIER *et al.* (2001), considerando que o título do artigo merecia algumas considerações, pois apresentava um contra-senso, visto que a definição de patologias iatrogênicas, que também podiam ser chamadas de iatrogenias, englobava todos os problemas patológicos

causados pela intervenção médica. Assim, o problema da automedicação não podia ser chamado de patologia iatrogênica ou iatrogenia porque não implicava na responsabilidade médica. Considerou que era importante diferenciar dois grandes problemas: um era o das patologias iatrogênicas, que representavam um problema totalmente causado pela prática médica e que deviam ser levados em consideração nas situações de diagnóstico e de tratamento, na eventualidade do problema médico ter uma origem iatrogênica; o outro era que devia ser bem diferenciado, inicialmente, o que era devido à farmacologia e efeitos secundários dos medicamentos, dos riscos medicamentosos, os quais não podiam ser intitulados de riscos iatrogênicos, mas riscos de medicação.

CARPENTIER (2001) estudou as doenças iatrogênicas advindas do uso de medicamentos e dos materiais mais utilizados na medicina. Considerou que a patologia iatrogênica estava associada à prescrição de medicamentos e à ação terapêutica, e não era, obrigatoriamente, sinônimo de erro médico. O autor observou que a patologia iatrogênica era a razão, quase que inevitável, para se atingir a melhoria dos cuidados nos procedimentos na prescrição de medicamentos, e no desenvolvimento de técnicas cada vez mais sofisticadas. Para o autor, a doença iatrogênica podia ter diversas definições, que incluíam: os

acidentes medicamentosos, os acidentes devidos a agentes físicos ou outros produtos não medicamentosos, e os acidentes causados por técnicas invasivas. Denominou as doenças medicamentosas iatrogênicas como efeitos indesejáveis, efeitos secundários, efeitos laterais, efeitos tóxicos, efeitos adversos. Referiu-se à definição adotada pela Organização Mundial da Saúde, em março de 1995, de que a doença medicamentosa iatrogênica era uma reação nociva e não proposital, produzida com posologias normalmente utilizadas entre os homens, para a profilaxia, diagnóstico, tratamento de uma doença, modificação de uma função psicológica, ou resultado da dosagem do medicamento ou do produto. Considerou que a definição devia incluir, também, as doenças iatrogênicas causadas pela prescrição médica e a automedicação. Segundo o autor, a frequência da doença iatrogênica medicamentosa era muito variada em virtude de inúmeros fatores, tais como: as características do estudo, as populações estudadas, o local da observação, a classe de medicamentos estudados e os critérios utilizados. Classificou os vários mecanismos que podiam estar presentes, em três tipos: 1. Efeitos indesejáveis ou efeitos secundários, que eram conseqüências diretas das propriedades farmacológicas do medicamento – eram associados ao efeito principal mas independente ou inerentes à ação terapêutica; 2. Efeitos tóxicos –

ocasionados por erros terapêuticos, por contra-indicação, posologia inadequada, modo de administração, etc. 3. Acidentes imuno-alérgicos – sem nenhuma ligação direta com as propriedades normais do medicamento e totalmente imprevisíveis – ocorriam independente de serem prescritos corretamente, em um número limitado de pacientes e sem qualquer explicação sólida. O autor concluiu que as doenças iatrogênicas eram inseparáveis da terapêutica medicamentosa ou não medicamentosa, e eram responsáveis por um considerável número de hospitalizações. Assim, devia haver um cuidado especial para a indicação de medicamentos e uma análise do risco/benefício para o paciente, de acordo com seus antecedentes patológicos, e face a outros medicamentos já prescritos pois, uma parte das doenças iatrogênicas era evitável.

COUTO FILHO (2001) expôs que a palavra iatrogenia era utilizada para denominar doenças ou danos causados a alguém por um ato médico, terapêutico ou cirúrgico. Esses danos englobavam inúmeras vertentes, podendo ser consubstanciados em danos psíquicos, farmacológicos ou instrumentais, todos provocados por uma ação médica de óbvia intenção benéfica. Relatou que a iatrogenia “lato sensu” era aquela que o ato médico causava dano ao paciente, fosse esse ato realizado dentro das normas recomendáveis ou fosse proveniente de uma

falta no atuar, equivalendo a um proceder negligente, imprudente ou imperito.

DINAMARCO (2001) elucidou que “as perícias se iniciavam onde terminava o campo acessível ao homem de cultura comum ou propício às presunções judiciais. A experiência comum era o conhecimento do *homo medius*, o qual sabia que certos sinais eram indicadores da ocorrência de certos fatos não vistos ou não sentidos diretamente, como o arco-íris no céu era sinal de que choveu.” Relatou que a experiência técnica exigida pelo artigo 335, do Código de Processo Civil, era o acervo de conhecimentos técnicos ou científicos de que não era dotado o homem não especializado. Expôs, também, que a prova pericial atuava no campo dos “fatos a cujo conhecimento só se podia chegar com segurança mediante ilações fundadas em premissas técnico-científicas”, e que, no processo judicial, a perícia era o meio pelo qual a Justiça se informava, analisava e decidia um conflito de interesses em que a pretensão de uma parte era resistida por outra. Explicou que “o processo judicial era desencadeado por uma ação proposta pela parte que pleiteava um determinado direito (reclamante) que era negado pela parte adversária (reclamado).” Concluiu que o objeto das investigações da perícia judicial era, portanto, a elucidação de situações de fatos

controvertidos, que diziam respeito a matéria cuja natureza exigisse conhecimento técnico-científico especializado.

DOUGLAS (2001) esclareceu que os peritos eram profissionais que esclareciam os Julgadores e as partes, elaborando documentos que passavam a integrar o processo judicial. Expôs que havia uma diferença fundamental entre a atividade clínica do profissional e a sua investidura na atividade pericial, tanto na sua postura técnica face ao material objeto de exame, quanto ao vínculo profissional que se estabelecia com o paciente, aí considerados os seus aspectos éticos e legais.

FREITAS & ALVES (2001) fizeram estudos sobre a irrigação dos condutos e chamaram a atenção para as conseqüências graves que o uso de soluções irrigadoras no tratamento endodôntico podia ocasionar, principalmente com o hipoclorito de sódio e o peróxido de hidrogênio, como soluções irrigadoras. Chamaram de iatrógenas ou acidentais, a ocorrência de edemas, lesão dos tecidos vizinhos ao dente e efisema. Salientaram que esses riscos estavam presentes sempre que se processava a utilização inadequada dessas substâncias, principalmente o hipoclorito de sódio. Enumeraram várias iatrogenias que eram

desencadeadas pelo uso desses produtos, quando aplicados inadequadamente.

GERSTNER (2001) citou que a Real Academia da Língua Espanhola havia definido o termo iatrogenia, como toda alteração do estado do paciente produzida pelo médico. Relatou que a iatrogenia se encontrava latente em todo ato médico e devia ser mantida dentro do âmbito da profissão sem que chegasse ao conhecimento do grande público, mas não que havia uma obrigação moral de não ocultar aos tribunais médicos para que os profissionais fossem julgados por colegas e não por profanos. Observou que a falta de organização facilitava a iatrogenia, e que os profissionais, por necessidade econômica, tinham que trabalhar em instituições que os obrigava a atender os pacientes apressadamente, com horário limitado, sem tempo para realizar um exame clínico adequado, com limitações na prescrição e com poucas oportunidades de operar seus pacientes em um futuro imediato, mas que nos casos de emergência os obrigavam a executar procedimentos sem oferecer a infra-estrutura necessária e os demais elementos desejáveis para levar a cabo uma boa intervenção. Considerou que a dor aparecia quando a iatrogenia era causada por inexperiência, imprudência e abandono do paciente, o que implicava em sanções legais. Concluiu que a iatrogenia

era causada pelos seguintes fatores: 1) Inexperiência – o profissional devia ter a experiência necessária para realizar os procedimentos; 2) Indicações incorretas – derivavam de um diagnóstico e de um prognóstico mal feito; 3) Erro de técnica – se originavam da falta de planejamento cirúrgico, devendo ser revista a técnica cirúrgica antes do procedimento; 4) Exames insuficientes – a falta dos exames de laboratório imprescindíveis podia causar sérios danos ao paciente no período operatório e pós-operatório; 5) Improvisação – somente os grandes mestres, com muitos anos de experiência podiam improvisar, os demais deviam seguir o planejamento feito e revisar a técnica para evitar imprevistos e complicações, 6) Descuido e má vigilância do pós-operatório – era necessário avaliar qualquer recaída do paciente para assegurar-se de que não se tratava de uma complicação e 7) Falta de escrúpulos – o profissional realizava os procedimentos sem o devido preparo, apenas pela necessidade econômica.

HARAMBURU *et al.* (2001) consideraram que tinha se mostrado muito difícil colocar em prática a prevenção dos efeitos indesejáveis dos medicamentos, mesmo que fosse o objetivo da vigilância farmacêutica. Em certo número de casos, com um determinado medicamento, as decisões das autoridades da saúde tinham promovido a

diminuição da freqüência ou da gravidade de um dado efeito indesejável, mas, de uma maneira geral, a probabilidade de um incidente, de uma doença ou de um óbito, em conseqüência de um efeito indesejável, não havia diminuído tanto como era esperado. Conceituaram o efeito indesejável como uma reação nociva e não desejada de um medicamento, que era ministrado conforme a posologia normalmente indicada para a profilaxia, o diagnóstico ou o tratamento de uma doença, ou a restauração, correção ou modificação de uma função fisiológica. Os autores alertaram que faltavam informações sobre os riscos, e que deviam ser modificados os métodos de identificação dos efeitos indesejáveis, dos fatores de risco e, a fim de tornar a prevenção mais eficaz.

HARRISON (2001) relatou que SCHMIDT (2000) referiu-se ao ano 2000, como “Annus Terribilis” para a profissão médica, em uma conferência realizada sobre Neonatologia. Seu comentário baseava-se em um grande estudo realizado pelo Instituto Nacional da Saúde da Criança e Desenvolvimento Humano, nos Estados Unidos, que havia revelado um terrível e inesperado resultado estatístico de bebês nascidos de gestações extremamente curtas, apresentando 50% de desordens que eram diagnosticadas entre 2 e 3 anos de idade. Como o acompanhamento em tais idades revelava só uma fração das deteriorações diagnosticadas, o

prejuízo, na realidade, prometia ser consideravelmente mais alto. Eram relatadas permanentes desorganizações e reduções no tamanho do cérebro de prematuros, assim como efeitos adversos na cognição e no comportamento. Quanto mais prematura a criança, menor seria o cérebro e mais anormal. Nascimentos prematuros causavam desarranjos cardiovasculares e diabetes em adultos. Uma sobrevivência melhor de prematuros, tinha sido, em parte, creditada ao uso de drogas esteróides, administradas para quase metade das mães antes do parto e, para quase a metade das crianças depois do nascimento. A maior revelação do ano 2000 foi, talvez, a de que os esteróides estavam sob suspeição de serem substâncias neurotóxicas, que iriam, no futuro, reduzir o tamanho do cérebro prematuro, aumentavam os índices de paralisia cerebral, o déficit na cognição e causavam retinopatias severas. O uso de esteróides pós parto foi largamente verificado nos anos 90, tendo sido aceito com entusiasmo porque produzia uma considerável queda de temperatura, melhorando a condição respiratória de crianças prematuras. A autora também relatou que foi SILVERMAN (1998) quem escreveu extensivamente sobre os infortúnios iatrogênicos na neonatologia, em razão da aplicação de esteróides, calculando que dezenas de milhares de crianças tinham, agora, que ser tratadas com esta droga, a qual ele

suspeitava que fosse “um dos piores desastres iatrogênicos da história moderna, excedido apenas pelo fiasco do DES”.

MORENO *et al.* (2001) observaram que eram múltiplas as complicações nos procedimentos relativos à abordagem de uma veia central, através da veia jugular interna. Algumas complicações eram mais freqüentes, como o hematoma sub-cutâneo, a punção da artéria carótida ou falsas veias. Outras complicações eram menos comuns, como, por exemplo o embolismo gasoso, trombosis ou septicemia, e outras, eram ainda mais raras, como a punção nervosa (nervo vago, nervo frênico). Os autores relataram, ainda, que, com o uso de uma agulha de menor comprimento, ou seja, substituindo-se uma agulha de calibre 18G e comprimento de 6,35 centímetros, por outra, de outro fabricante, com o mesmo diâmetro, ou seja, 18G, porém com comprimento de 3,18 centímetros, conseguiram comprovar que a canalização jugular era possível em todos os casos. Observaram que, com o uso dessa agulha, podiam diminuir ou eliminar essas iatrogenias provocadas, nos casos em que esse procedimento era necessário.

SOARES (2001) entendeu que era fundamental diferenciar erro médico da má prática médica, de modo a poder se detectar quais os efeitos produzidos em especial, no campo da responsabilidade civil. Considerou que erro médico era o mau resultado ou resultado oposto ocasionado por meio de ação ou omissão do médico, detectável através de três hipóteses: a) imperícia: por falta de observação das normas técnicas, despreparo prático ou insuficiência de conhecimento; b) imprudência: quando o médico, por meio de ação ou omissão, assumia procedimento de risco para o paciente sem respaldo científico ou sem esclarecimentos à parte interessada; c) negligência: quando havia descaso ou pouco interesse quanto aos deveres e compromissos éticos que o médico assumia com o paciente. Quanto à má prática médica, expôs que ocorria quando havia um desvio de finalidade humanitária, ou seja, o profissional utilizava-se do seu conhecimento e do aprimoramento das técnicas médicas para atentar contra a dignidade do ser humano, através de experimentos científicos, torturas, hipnoses, transplantes, etc. Concluiu que a má prática médica vinha sendo estudada e analisada, sobretudo, no campo da bioética.

TRASANCOS *et al.* (2001) estudaram o potencial da transmissão iatrogênica da hepatite C em Vitória, na Austrália, selecionando entre 135 indivíduos portadores de anti-HCV positivo, com

histórico de modo de transmissão desconhecido, 54 indivíduos que satisfaziam os critérios de inclusão. Dos 54 casos, 53 haviam tido pelo menos um procedimento cirúrgico/médico ou um tratamento dentário invasivo; 46 casos tiveram extrações dentárias, 19 casos tiveram um tratamento dentário complexo, 44 casos haviam sido submetidos a operações que haviam requerido anestesia geral, e 41 casos foram submetidos a procedimentos com anestesia local. Concluíram que, os achados desta série de casos indicavam que 98% dos australianos portadores de anti-HCV positivo, que não tiveram reconhecida exposição ou história de transfusão de sangue, não usaram drogas injetáveis, ou tatuagens, haviam sido expostos a procedimentos médicos, cirúrgicos e/ou procedimentos dentários invasivos.

VENOSA (2001), em sua obra “Contratos em Espécie e Responsabilidade Civil”, expôs que quando o agente dos negócios e atos jurídicos, por ação ou omissão, praticava ato contra o direito, com ou sem intenção de manifesta de prejudicar, mas ocasionava prejuízo, dano a outrem, adentrava-se no campo dos atos ilícitos. A ação ou omissão ilícita podia acarretar dano indenizável. Explicou que a terminologia “ato ilícito” era reservada, no sentido específico, para o campo civil, daí se falar em responsabilidade civil, e nesse campo, estava no artigo 159, do Código

Civil, a fundamentação para a indenização não derivada do contrato. A ilicitude cominada neste artigo dizia respeito à transgressão de norma legal, à violação de um dever de conduta, por dolo ou culpa, que tivesse como resultado prejuízo de outrem. A infração à norma podia sofrer reprimenda penal e civil, ou tão-somente indenização civil. Anotou que a culpa, no artigo 159, vinha estatuída pela expressão negligência ou imprudência. Em sua obra “Direito Civil. Parte Geral” (2001) enfatizou que na responsabilidade subjetiva, o centro do exame era o ato ilícito e que o dever de conduta iria repousar justamente no exame de transgressão ao dever de conduta que constituía o ato ilícito. Explicou que os atos ilícitos eram os que promanavam direta ou indiretamente da vontade e ocasionavam efeitos jurídicos, mas contrários ao ordenamento jurídico. O conceito de ato voluntário prendia-se ao de imputabilidade, porque a voluntariedade desaparecia ou tornava-se ineficaz quando o agente era juridicamente irresponsável. O ato ilícito traduzia-se em um comportamento voluntário que transgridia um dever.

WHITE, W. L. *et al.* (2001) relataram as complicações iatrogênicas relacionadas com um tipo específico de dispositivo, a Sonda Lacrimal Herrick, usada para desobstrução e alargamento do trajeto entre os pontos lacrimais e o saco lacrimal. Foram analisados 41 pacientes, de

19 a 81 anos de idade, e os autores observaram um número desproporcional de complicações relacionadas ao uso desse dispositivo. Relataram que outros autores observaram numerosos problemas associados ao uso de outros tipos de dispositivos, mas que o dispositivo de Herrick estava associado a uma freqüência mais alta e num grau maior de severidade, produzindo processos inflamatórios que davam origem a fibroses.

CROCE & CROCE JÚNIOR (2002) relataram que para a caracterização da responsabilidade civil ou penal do médico, eram imprescindíveis as seguintes exigências legais: a) o agente - que só podia ser o médico na plena posse de suas faculdades mentais, b) o ato - o dano deveria ser conseqüente a um ato médico ilícito, e c) a culpa - conduta voluntária que produzia um resultado antijurídico, não querido mas previsível, que poderia, com a devida atenção, ser evitado. Anotou que o fundamento jurídico da responsabilidade médica repousava na culpa, constituída pelas seguintes modalidades: a) negligência: omissão aos deveres que as circunstâncias exigiam, e citou como exemplo, não advertir previamente o paciente das conseqüências de certas cirurgias; b) imperícia: falta de cabedal normalmente indispensável ao exercício de uma profissão ou arte, provocando, por exemplo, queimaduras em

radioterapia, e c) imprudência: prática de um ato perigoso sem os cuidados que o caso requeria, como receitar produto farmacológico por telefone.

PROPOSIÇÃO

PROPOSIÇÃO

O primeiro objetivo do presente trabalho de pesquisa foi analisar de que forma tem sido utilizado o termo iatrogenia, realizando um estudo da revista da literatura e das respostas obtidas através de um questionário, que continha, também, uma ficha de levantamento de dados para analisar o perfil da amostragem quanto: ao sexo, grau de formação, participação em perícias e local de trabalho.

O segundo objetivo do presente trabalho foi o de conceituar o termo Iatrogenia, e quais são os pressupostos que permitem afirmar que, sendo resultado de um ato lícito, não acarreta o dever de indenizar.

MATERIAL

E

MÉTODOS

MATERIAL E MÉTODOS

Observando a divergência existente quanto ao conceito do termo iatrogenia, pesquisou-se o sentido e o alcance do mesmo, considerando-o em relação ao aspecto etimológico, assim como, o sentido epistemológico dado pelos autores da revista da literatura..

Para interpretar os dispositivos legais, considerou-se todo o acervo normativo ligado à responsabilidade civil, buscando uma visão conjunta com a interpretação dada pelos doutrinadores.

De posse dos elementos acima, e visando atingir os objetivos pretendidos no presente trabalho de pesquisa, buscou-se estimar o nível de informação e entendimento sobre o termo iatrogenia, na área da Odontologia. Para tanto, elaborou-se um questionário e seu respectivo gabarito para proceder a essa avaliação, junto aos participantes da pesquisa.

Assim, foram confeccionados formulários e termos de consentimento, conforme modelos apresentados nos anexos 1 e 2, que foram preenchidos por cirurgiões dentistas e outros profissionais. Participaram da pesquisa 170 indivíduos, constituídos em parte, pelos discentes matriculados no Programa de Pós-graduação da Faculdade de

Odontologia de Piracicaba, da UNICAMP, e os demais participantes integrados por indivíduos que na data da pesquisa, ou seja, março de 2002, ocupavam cargos na Diretoria das 70 Regionais, da Capital e do interior do Estado de São Paulo, que compõem a Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas – APCD.

Os profissionais participantes do presente trabalho, foram devidamente informados e esclarecidos acerca dos objetivos do trabalho de pesquisa, concordando, livre e espontaneamente, em participar da mesma, forneceram o seu consentimento para a utilização das informações colhidas, através do preenchimento do Termo de Consentimento constante no anexo 2.

Visando a uniformidade no critério de seu preenchimento, os formulários foram aplicados simultaneamente, aos discentes matriculados no Programa de Pós-graduação da FOP-UNICAMP, durante intervalo de reunião pedagógica de início do ano letivo, previamente convocada pela Coordenadoria do referido Programa.

Com o mesmo intuito, quanto aos cirurgiões dentistas diretores das Regionais que compõem a APCD - Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, o preenchimento dos formulários, foi efetuado,

também simultaneamente, em intervalo de reunião administrativa convocada pela seu Presidente, para tratar de assuntos da entidade.

Após a coleta de todos os formulários preenchidos, estes foram devidamente catalogados, tabelados e analisados.

RESULTADOS OBTIDOS

RESULTADOS OBTIDOS

Nas Tabelas 01 a 04 é apresentado o perfil da amostra quanto ao Sexo, Local de Trabalho, Funções ou Cargo que exerce e Formação.

Tabela 01 - Distribuição de freqüência dos sexos dos profissionais participantes da amostra.

Formação	Sexo Masc.	Sexo Fem
1. Cirurgião Dentista	101	56
2. Médico	004	00
3. Cirurgião Dentista e Advogado	002	01
4. Médico e Advogado	000	01
5. Outra formação	001	04
Total de participantes do sexo masculino.....		108
Porcentagem de participantes do sexo masculino.		63,53 %
Total de participantes do sexo feminino.....		62
Porcentagem de participantes do sexo feminino..		36,47 %
Total de participantes.....		170

Verificando-se a Tabela 01, quanto à formação acadêmica, e a separação por sexo dos 170 participantes em nossas amostras, encontramos:

- 1- 108 participantes pertenciam ao sexo masculino, o que representou uma frequência de 63,53 %.
- 2- 62 participantes pertenciam ao sexo feminino, o que representou uma frequência de 36,47%.
- 3- 101 participantes do sexo masculino eram cirurgiões dentistas, 04 eram médicos, 02 acumulavam a formação de cirurgião dentista e advogado e 01 tinha outra formação não especificada na pesquisa.

Tabela 02 – Distribuição de frequência quanto ao local de trabalho da amostra.

Local de trabalho	Subtotal	%
1. Consultório particular	101	59,41
2. Hospital	0	0,00
3. Instituto Médico Legal	5	2,94
4. Consultório de convênio	0	0,00
5. Consultório de Prefeitura ou Estado	4	2,35
6. Consultório de colega	2	1,18
7. Magistério	1	0,59
8. Outro local	34	20,00
9. Sem resposta	10	5,88
10. Mais de um local de trabalho	13	7,65
Total de participantes.....		170

Analisando-se a tabela 02, quando procuramos avaliar o local de trabalho dos participantes, verificamos que:

- 1- 101 participantes exerciam sua atividade profissional em consultório particular, o que representou uma frequência de 59,41%.
- 2- 34 participantes exerciam sua atividade profissional em outro local de trabalho, não se enquadrando nos locais disponibilizados no presente formulário, o que representou uma frequência de 20,00%.
- 3- 10 participantes não responderam ao quesito sobre o seu local de trabalho, o que representou uma frequência de 5,88%.
- 4- 05 participantes exerciam sua atividade profissional em Instituto Médico Legal, o que representou uma frequência de 2,94%.

- 5- 04 participantes exerciam sua atividade profissional em consultório da Prefeitura ou Estado, o que representou uma frequência de 2,35%.
- 6- 13 participantes exerciam sua atividade profissional em mais de um local de trabalho, o que representou uma frequência de 7,65%.
- 7- 02 participantes exerciam sua atividade profissional em consultório de colega, o que representou uma frequência de 1,18%
- 8- 01 participante exercia sua atividade profissional apenas no magistério, o que representou uma frequência de 0,59%.

Tabela 03 – Distribuição de freqüência das Funções ou Cargo que a amostra exerce.

Função ou Cargo	Subtotal	%
1. Cirurgião dentista	126	74,12
2. Médico	1	0,59
3. Perito Judicial	1	0,59
4. Odontologista	2	1,18
5. Médico legista	2	1,18
6. Outra função ou cargo	18	10,58
7. Sem resposta	17	10,00
8. Mais de uma função ou cargo	3	1,76
Total de participantes.....		170

Na tabela 03, quando foram pesquisados os cargos ou funções que exercem os participantes em nossas amostras, encontramos:

- 1- 126 participantes exerciam a função de Cirurgião dentista, o que representou uma freqüência de 74,12%.
- 2- 18 participantes exerciam outro tipo de função que não enumeradas em nossa pesquisa, o que representou uma freqüência de 10,59%.
- 3- 17 participantes não responderam a esse quesito, o que representou uma freqüência de 10,00%.
- 4- 03 participantes exerciam mais de uma função ou cargo, o que representou uma freqüência de 1,77%.

- 5- 02 participantes exerciam a função de odontologista, o que representou uma frequência de 1,18%.
- 6- 02 participantes exerciam a função de médico legista, o que representou uma frequência de 1,18%.
- 7- 01 participante exercia a função de médico, o que representou uma frequência de 0,59%.
- 8- 01 participante exercia a função de perito judicial, o que representou uma frequência de 0,59%.

Tabela 04 – Distribuição de freqüências quanto à formação dos participantes.

	Subtotal	%
1. Mestrado	1	0,59
2. Doutorado	1	0,59
3. Especialização	18	10,59
4. Mestrando	33	19,41
5. Doutorando	0	0,00
6. Mestrado e Doutorando	11	6,47
7. Especialização e Mestrando	19	11,18
8. Especialização e Doutorando	4	2,35
9. Graduação	83	48,82
Total de participantes		170

Na tabela 04, quando foi investigado o nível de formação acadêmica dos participantes do sexo masculino encontramos:

- 1- 83 participantes possuíam o curso de graduação, o que representou uma freqüência de 48,82%.
- 1- 33 participantes eram mestrandos, o que representou uma freqüência de 19,41%.
- 2- 19 participantes possuíam o curso de especialização e eram mestrandos, o que representou uma freqüência de 11,18%.

- 3- 18 participantes possuíam o curso de especialização, o que representou uma frequência de 10,59%.
- 4- 11 participantes possuíam o curso de mestrado e eram doutorandos, o que representou uma frequência de 6,47%.
- 5- 04 participantes possuíam o curso de especialização e eram doutorandos, o que representou uma frequência de 2,35%.
- 6- 01 participante possuía o curso de mestrado, o que representou uma frequência de 0,59%.
- 7- 01 participante possuía o curso de doutorado, o que representou uma frequência de 0,59%.

Nas Tabelas 05 e 06 é apresentado o perfil da amostra quanto à participação em perícias e quanto aos tipos de perícias.

Tabela 05 – Distribuição de freqüência dos participantes quanto à participação em perícias.

	Subtotal	%
1. Nenhuma	153	90,00
2. De 1 a 5	7	4,12
3. De 6 a 10	0	0,00
4. De 11 a 20	0	0,00
5. Mais de 21	10	5,88
Total de participantes		170
.....		

Na tabela 05, quando foi avaliado o grau de participação dos participantes em perícias, por classe de eventos, encontramos:

- 1- 153 participantes nunca participaram em qualquer perícia, o que representou uma freqüência de 90,00%.
- 2- 10 participantes já tinham participado, na classe “mais de 21”, o que representou uma freqüência de 5,88%.
- 3- 07 participantes já tinham participado, na classe de 0 a 5 perícias, o que representou uma freqüência de 4,12%.

Tabela 06 - Distribuição de frequência quanto ao tipo de perícias.

Tipo de perícia realizada	Subtotal	%
1. Área civil	3	1,76
2. Área criminal	7	4,12
3. Área trabalhista	1	0,59
4. Civil e criminal	4	2,35
5. Criminal e trabalhista	1	0,59
6. Civil, criminal e trabalhista	1	0,59
7. Nenhuma perícia	153	90,00
Total de participantes		170

Na tabela 06, quando foi avaliada a natureza de perícia efetuada pelos participantes da amostra, encontramos:

- 1- 153 participantes não haviam participado em perícias, o que representou uma frequência de 90,00%.
- 2- 07 participantes haviam participado em perícia na área criminal, o que representou uma frequência de 4,12%.
- 3- 04 participantes haviam participado em perícia na área cível e perícia na área criminal, o que representou uma frequência de 2,35%.
- 4- 03 participantes haviam participado em perícia na área cível, o que representou uma frequência de 1,76%.

- 5- 01 participante havia participado em perícia na trabalhista, o que representou uma frequência de 0,59%.
- 6- 01 participante havia participado em perícia na área criminal e perícia na área trabalhista, o que representou uma frequência de 0,59%.
- 7- 01 participante havia participado em perícia na área cível, perícia na área criminal e perícia na área trabalhista, o que representou uma frequência de 0,59%.

Nas Tabelas 07 e 08 são apresentados o Gabarito do Questionário e a comparação das respostas obtidas com o gabarito.

Tabela 07 – Gabarito do Questionário

Questões	Certo	Errado
1. O erro profissional produz sempre uma iatrogenia.		X
2. Erro profissional e Iatrogenia são sinônimos.		X
3. O erro profissional resulta de uma atitude negligente, imperita ou imprudente.	X	
4. A Iatrogenia não resulta do erro profissional.	X	
5. Erro profissional é a indicação de um tratamento errôneo para o caso.	X	
6. A Iatrogenia é sempre um dano previsível.		X
7. Erro profissional é o resultado danoso e previsto, mas, inevitável para o caso.		X
8. O erro profissional é o que resulta de um equívoco, não existe dolo ou culpa.		X
9. A Iatrogenia nunca pode ser evitada.	X	

Tabela 08 – Comparação das respostas obtidas com o gabarito do questionário.

Questões	Resposta certa	No. de Acertos	% de acertos	No. de Erros	% de erros
1. O erro profissional produz sempre uma iatrogenia.	Errado	140	82,35	30	17,65
2. Erro profissional e Iatrogenia são sinônimos.	Errado	148	87,06	22	12,94
3. O erro profissional resulta de uma atitude negligente, imperita ou imprudente.	Certo	130	76,47	40	23,53
4. A Iatrogenia não resulta do erro profissional.	Certo	62	36,47	108	63,53
5. Erro profissional é a indicação de um tratamento errôneo para o caso.	Certo	84	49,41	86	50,59
6. A Iatrogenia é sempre um dano previsível.	Errado	132	77,65	38	22,35
7. Erro profissional é o resultado danoso e previsto, mas, inevitável para o caso.	Errado	144	84,71	26	15,29
8. O erro profissional é o que resulta de um equívoco, não existe dolo ou culpa.	Errado	113	66,47	57	33,53
9. A Iatrogenia nunca pode ser evitada.	Certo	140	82,35	30	17,65
Total de participantes.....					170

Comparando o gabarito da Tabela 07 com as respostas encontradas na Tabela 08, dadas pelos participantes da pesquisa, encontramos os seguintes resultados:

1. A questão 1 apresentou 82,35 % de acerto.
2. A questão 2 apresentou 87,06 % de acerto.
3. A questão 3 apresentou 76,47 % de acerto.
4. A questão 4 apresentou 36,47 % de acerto.
5. A questão 5 apresentou 49,41 % de acerto.
6. A questão 6 apresentou 77,65 % de acerto.
7. A questão 7 apresentou 84,71 % de acerto.
8. A questão 8 apresentou 66,47 % de acerto.
9. A questão 9 apresentou 82,35 % de acerto.

Estes resultados encontrados na Tabela 08 nos permitem destacar os seguintes aspectos:

1. Em todas as questões pode-se observar que, ainda que com índices variados, ocorreram interpretações diferenciadas para o mesmo tema.
2. A questão que apresentou o maior índice de acerto foi a questão 02.
3. A questão que apresentou o menor índice de acerto foi a questão 04.
4. A questão que se colocou na segunda posição pelo índice de acerto foi a questão 7 (84,71% de acerto), seguida das questões 1 e 9 que apresentaram idêntico resultado de 82,35% de respostas corretas.
5. Nenhuma questão apresentou 100% de respostas corretas.
6. Nenhuma questão apresentou 100% de respostas erradas.

DISCUSSÃO
DOS
RESULTADOS

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A metodologia adotada neste estudo permitiu que fosse estabelecida a conceituação e a abrangência do termo iatrogenia, observando-se que, frente à legislação brasileira, a responsabilidade civil se assenta no princípio fundamental da culpa, cujo preceito capital é o artigo 159 do Código Civil Brasileiro.

Nos termos desse artigo, o ato ilícito é a violação do direito ou o dano causado por dolo ou culpa. A culpa do profissional liberal se traduz na negligência, imperícia ou imprudência, seja a ação comissiva ou omissiva.

Para que o resultado iatrogênico danoso não seja considerado um ato ilícito, impõe-se o pressuposto fundamental de inevitabilidade, ainda que o resultado seja previsível.

Frente a esse posicionamento, pode-se, então, elaborar o gabarito do questionário para se proceder à discussão dos resultados obtidos no presente trabalho.

A diversificação encontrada quanto à conceituação e o campo de influência da iatrogenia, com sede na responsabilidade civil, pode ser entendida pela observação que LOPEZ & PEREZ (1993) fizeram, de que, foi a partir de 1960 que se começou a falar de iatrogenia, sendo que o tema de enfermidades iatrogênicas apareceu, pela primeira vez, durante as sessões do VIII Congresso Internacional de Medicina Interna. Afirmaram que era um conceito ainda novo e muito restrito e que deveria ser revisado muitas vezes, e reconsiderado, “necessariamente, antes do ano 2000”, em função do desenvolvimento que se estava registrando nas ciências médicas. Entenderam que iatrogenia significava a produção de todo e qualquer dano causado pelo médico à saúde física, funcional ou psíquica das pessoas, em consequência de um tratamento. Entretanto, observaram que, na prática, este conceito devia ser reconsiderado em função do conceito do trabalho em equipe.

Essas observações também foram registradas por AZNAREZ (1983), que já havia alertado, ainda, que os médicos empregavam palavras cujo significado original não conheciam, e o índice de 12,94% de participantes da pesquisa, que consideraram que iatrogenia e erro são sinônimos, demonstrou a existência desse conflito conceitual.

Quanto à necessidade de se reconsiderar o termo iatrogenia, ficou plenamente demonstrada nos nossos resultados, que comprovaram a existência do uso de um termo que não tem um entendimento claro e inequívoco frente aos participantes da pesquisa, visto que nenhuma questão apresentou 100% de acerto.

O alerta desses autores sobre a neologia do termo iatrogenia e a importância de se delimitar seu significado, ficou patente frente ao resultado obtido na questão que versou sobre: “Erro profissional é a indicação de um tratamento errôneo para o caso”, pois o fato de 84 participantes da pesquisa terem apresentado a resposta correta, e 86 participantes terem apresentado a resposta errada, confirmou que persiste um entendimento divergente não compatível com um termo técnico e científico.

Foi anotado, no presente trabalho, que era necessário que se abordasse o termo iatrogenia à luz dos preceitos normativos, em razão de sua inclusão no campo da responsabilidade civil e BORGES & BERLANGIERI (1987), também observaram que era necessário um enfoque sob a ótica da medicina legal.

O posicionamento de SÁ (2000) está em total consonância com os objetivos do presente trabalho, que também se posicionou pela necessidade de se diferenciar a iatrogenia do erro, face as repercussões da responsabilização profissional e a existência de uma interpretação divergente, como demonstrado em nosso estudo.

Ainda que não houvesse total identidade entre o nosso questionário e o de CABRERA (1998), pode-se analisar que não se distanciam, em demasia, quanto à questão 02: “erro profissional e iatrogenia são sinônimos”, pois que obtivemos 12,94% de respostas erradas e o autor obteve 23,94%, contudo, apresentaram resultados opostos para a questão 01: “o erro profissional produz sempre uma iatrogenia”, pois obtivemos 82,35% de respostas corretas e o autor obteve 81,25% de respostas erradas. Tal como em nossas observações, o autor concluiu que os resultados da pesquisa evidenciaram que os participantes não tinham uma correta informação sobre os assuntos pesquisados.

Embora LANDAETA (1986) tivesse conceituado iatrogenia de acordo com os entendimentos obtidos no presente trabalho, ou seja, não gera responsabilidade civil, o seu posicionamento de que era aceitável um erro honesto, não permitiu perceber uma separação entre o erro e a culpa.

A questão 08: “o erro profissional é o que resulta de um equívoco, não existe dolo ou culpa”, que buscou avaliar o entendimento sobre a diferenciação desses termos, obteve um índice de 15,29% de respostas erradas.

Uma importante observação foi feita por ALAEL & ZAMPIERI (1983), sobre a necessidade de se analisar, preventivamente, os efeitos mais comuns da iatrogenia. Contudo, ao considerarem que a iatrogenia podia ser causada por negligência ou desconhecimento, adentraram no campo da culpa, considerando que não acarretava a responsabilidade civil. O resultado da questão 03, que abordou: “O erro profissional resulta de uma atitude negligente, imperita ou imprudente”, demonstrou que 23,53% dos participantes do grupo de pesquisa desconhecem a exata conotação dos tipos contidos na culpa *latu sensu*, assim como os autores citados.

Na interpretação do artigo 159, do Código Civil, GONÇALVES (1995), PEDROTTI (1995), KFOURI NETO (1996), DINIZ (1997), MONTEIRO (1997) e VENOSA (2001), foram unânimes em afirmar que o ato ilícito era o praticado em desacordo com a ordem jurídica, causando dano a outrem e criando o dever de reparar tal prejuízo. Consideraram que a culpa era o elemento indispensável à configuração do

ato ilícito, exigindo que o ato fosse voluntário ou imputável ao agente por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência. Nossos resultados apresentaram, na questão 03: “o erro profissional resulta de uma atitude negligente, imperita ou imprudente”, um índice de 76,47% de respostas compatíveis com o entendimento desses autores.

A necessidade de se estabelecer uma linha de separação entre a iatrogenia e o erro foi defendida por CARVALHO (1998), que expôs a dificuldade do judiciário, em ações de responsabilidade civil, quando a ocorrência de um dano ao paciente era imputada a um fator iatrogênico. Considerando que na questão 04: “a iatrogenia não resulta do erro profissional”, 63,53% dos participantes desta pesquisa entenderam que a iatrogenia resultava de um erro profissional, evidencia-se a importância da proposta do presente trabalho, em consonância com as observações deste autor, e com as de SOARES (2001).

Em nossos resultados, a questão 03, que avaliou o entendimento dos participantes sobre o aspecto da culpa, encontrou na questão 03, um índice de 76,47% de respostas em concordância com o entendimento de KFOURI NETO (2002) que se posicionou expondo que o médico podia eximir-se do dever de indenizar desde que demonstrasse ausência de culpa, e desse modo, não se poderia afirmar que o dano

tivesse sido motivado pela atuação do profissional que não incorreu em imperícia ou imprudência, por ação ou omissão.

A exigência da comprovação de culpa do profissional, também foi relatada por DENARI (1998), FRANÇA (1998) CAVALIERI (1999), LIMA (1999) e STOCO (1999), entre outros.

O entendimento de LIFSHITZ *et al.* (1988), de que a iatrogenia era inevitável, foi o mesmo apresentado por 82,35% dos participantes em nossa pesquisa, na questão 09: “a iatrogenia nunca pode ser evitada”, ao escolherem a alternativa “certo”. A inevitabilidade da iatrogenia também foi defendida por CANO (1992) e por GENTILE-RAMOS (1993).

Ao propor uma representação gráfica da iatrogenia e do erro, HÉRCULES (1996) separou a iatrogenia do erro profissional, considerando que o profissional somente poderia ser responsabilizado por um dano causado, se fosse provado que agiu com negligência, imprudência ou imperícia. Nossos resultados apresentaram uma compatibilidade de 87,06%, com esse posicionamento, na questão 02, que considerou que erro profissional e iatrogenia não são sinônimos, e de

76,47% na questão 03, que considerou o erro como resultado de uma atitude negligente, imperita ou imprudente.

O entendimento de CARNEIRO (1996), sobre erro médico, como sendo praticado por imperícia, imprudência ou negligência está compatível com os disposto nos preceitos legais brasileiros, e foi a resposta correta verificada entre 76,47%, dos participantes em nossas amostras, conforme as respostas obtidas na questão 03.

Os efeitos iatrogênicos medicamentosos foram denominados por CARPENTIER (2000) de efeitos indesejáveis, efeitos secundários, efeitos laterais, efeitos tóxicos e efeitos adversos, sendo definidos pela Organização Mundial de Saúde como “toda reação nociva e não esperada aliada ao surgimento de um imprevisto ou de um caso fortuito”, e embora nossa pesquisa não tenha enfocando o aspecto da iatrogenia causada por medicamentos, destacamos na definição dada pela Organização Mundial de Saúde, o aspecto de que a iatrogenia estava relacionada com uma reação nociva.

O entendimento sobre o campo de abrangência da iatrogenia pode ser avaliado com o resultado apresentado na questão 04: “a iatrogenia não resulta de erro profissional”, onde o índice de respostas

erradas foi de 63,53%, demonstrando que tem sido interpretado que a iatrogenia abrange a culpa. Nessa esteira, encontramos as interpretações de RUCK (1996), LUSSI & GYGAX (1998) e STOCKTON & SUZUKI (1998).

No presente trabalho analisamos a iatrogenia e o seu relacionamento com a responsabilidade do ponto de vista jurídico civil, e assim, não pudemos estabelecer comparações dos nossos resultados com as propostas apresentadas por BOBADILLA *et al.*(1995) que analisaram, do ponto de vista jurídico penal, os artigos que envolviam atos negligentes ou imprudentes cometidos pelo profissional da medicina. Porém, destacou-se o requisito de ser a iatrogenia um acontecimento inevitável, quando os autores concluíram que a iatrogenia isentava o médico de responsabilidade se surgisse um dano que não estava ao seu alcance evitá-lo, embora exercendo corretamente a profissão.

O trabalho de PADILLA (1990) demonstrou os mesmos objetivos almejados em nosso estudo, pois que se preocupou em dirimir as dúvidas que havia quanto à possibilidade da iatrogenia ser ou não, uma causa de indenizar. O autor, da mesma forma que o proposto no presente trabalho, também observou a necessidade de se conceituar corretamente

iatrogenia em virtude do aumento do número de reclamações judiciais. Para o autor a iatrogenia não devia ser considerada um dano culposo, uma vez que o profissional tivesse atuado com técnica, prudência, e diligência, de acordo com a conduta comum de seus colegas, no tempo e no lugar que atuava.

Nossos resultados apresentaram, na questão 02: “erro profissional e iatrogenia são sinônimos”, um índice de 87,06% de participantes que deram a resposta correta, concordando, assim, com os entendimentos emitidos por CORTINA (1997) que alertou que erro e iatrogenia se confundiam com frequência, mas que não eram sinônimos e que era necessário distinguir esses conceitos para que eles fossem empregados em sua justa aceção.

Os problemas significativos que se confrontavam, no conhecer científico, quanto à dificuldade de conceituar ou interpretar corretamente certos termos técnicos, foram detectados por SACOT & FERRERÍA (1996), e as respostas obtidas em nossas amostras demonstraram que realmente existe dificuldade em interpretar corretamente os termos técnicos, visto que nenhuma das questões apresentou 100% de acerto.

Não foi possível comparar os nossos resultados com o trabalho de GUARNER (2000) que considerou que a iatrogenia resultava do alto risco de um determinado procedimento, e que, aquilo que decorria da falta de conhecimento do médico ou de sua negligência, era chamado pelos gregos de iatromelia.

Na faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, ABDO (1993) abordou o tema da relação médico-paciente e iatrogenia, em sua tese de livre docência intitulada “Interações iatropatogênicas - uma contribuição ao estudo da Psicologia médica”, relatando que o médico podia promover uma sobrecarga de ansiedade no paciente, através de atitudes, gestos, expressões fisionômicas (comunicação analógica) e palavras (comunicação digital).

Não se pode estabelecer pontos de comparação com esse estudo, pois embora a autora tivesse abordado o tema iatrogenia, não se referiu aos aspectos da responsabilidade civil.

O relato de CARVALHO (1977) sobre os efeitos da doença iatrogênica verificados na ortodontia e outras especialidades, entendendo que havia possibilidade que decorressem de erros nas várias etapas desses tipos de tratamentos, não especificou as diferenças entre o os termos erro

e iatrogenia, como também pode ser verificado em nossos resultados que apresentaram um índice de 12,94%, na questão 02, onde se propôs que: “erro e iatrogenia são sinônimos.”

De acordo com os relatos de OLSEN & POLLARD (1998) e REDLICH *et al.* (1997), a primeira descrição sobre os efeitos destrutivos causados pela colocação direta dos anéis elásticos no dente, foi publicada em 1870. RUBIANO (1985) alertou que a odontologia era um fator causador da endocardite bacteriana sub-aguda, tendo sido já descrito, na literatura, como se estabelecia o mecanismo de ação que conduzia a esta patologia, o modo de evitá-la e a incidência específica das extrações dentárias sobre as válvulas cardíacas e, em especial, sobre o endocárdio. FREITAS & ALVES (2001) alertaram sobre o uso inadequado do peróxido de hidrogênio e do hipoclorito de sódio como soluções irrigadoras, pois embora tivessem excelentes propriedades de limpeza e ação bactericida, entre outras, tinham a desvantagem de exercer uma ação irritante sobre os tecidos, podendo gerar uma inflamação grave com formação de edema, hematoma e inclusive necrose.

Esses relatos destinam-se a mostrar que se a literatura já registrou as conseqüências danosas que podem surgir do uso de um

determinado fármaco ou procedimento, o resultado deixa de ser iatrogênico para se constituir um erro.

Não há que se falar em efeito iatrogênico se foi utilizada uma técnica já condenada pelo avanço tecnológico, que disponibiliza uma conduta já consagrada e não lesiva.

Nesse segundo bloco de discussão, foram selecionados os relatos de autores que não apresentaram um conceito de iatrogenia, mas que relataram casos com resultados desfavoráveis, causados pelo profissional, que consideravam ter uma origem iatrogênica, sem contudo, esclarecer se eram ou não devidos a uma conduta culposa, como no relato de ELI *et al.* (1991), que citaram que os defeitos das restaurações proximais eram conhecidas causas de iatrogenia.

Não foi possível, assim, estabelecer qual o posicionamento adotado, por esses autores, quanto ao aspecto do erro e da iatrogenia não culposa, porém, destacou-se que os casos utilizados como exemplo, eram de situações tidas como erro pela literatura científica.

É o que se verifica, comparando-se o relato de ROJAS *et al.* (1987) que chamaram de corpo estranho aquele deixado involuntariamente no curso de alguma intervenção cirúrgica, no corpo do paciente, e

KFOURI (1996) citou, como exemplo de negligência médica, o esquecimento, em cirurgia, de corpo estranho no abdome do paciente.

Dentro deste mesmo raciocínio, citamos NAHLIELI *et al.* (2000) que consideraram que uma queimadura de segundo grau causada por um fórceps durante uma extração, sem ter sido testada a temperatura do instrumental, era uma iatrogenia incomum. Relataram, também, que queimaduras na região da comissura bucal podiam trazer significativas conseqüências, contudo CROCE & CROCE JÚNIOR (2002) citaram que queimaduras em radioterapia, eram exemplos de imperícia médica.

Os autores limitaram-se a relatar o caso como sendo uma iatrogenia sem tecer comentários acerca de aspectos culposos ou não da conduta.

Os danos causados pelo profissional, em dentes vizinhos, nas restaurações odontológicas, foram denominadas de danos iatrogênicos por MEDEIROS & SEDDON (2000), que também anotaram que estes poderiam ser evitados com o uso de técnicas adequadas, e entre as iatrogenias causadas pelo profissional, BREZINA (2000) relacionou a preparação incorreta da câmara pulpar e as restaurações sem adaptação, com excesso ou falta de material.

O relato de COSTA *et al.* (1997) foi exposto que era amplamente reconhecido que não devia existir pressão sobre o tecido gengival, e que, no entanto, pouca atenção tinha sido dada para o fato de que a prensagem da resina acrílica, para confecção das selas em próteses parciais removíveis, apresentava, em alguns casos, o conector maior terminando muito próximo ao dente pilar. Essa parte da resina podia penetrar sob o conector e provocar pressão sobre a área, o que fatalmente induzia a patologias periodontais iatrogênicas.

Os autores ainda complementaram que isso podia facilmente ser evitado tomando-se o cuidado de se colocar a porção final do conector menor, evitando toda uma série de problemas periodontais e, por extensão, a perda da peça protética e do dente suporte.

Esse relato permitiu observar que o termo iatrogenia foi usado para identificar uma conduta culposa, pois descreveu o uso de uma técnica tida como inaceitável e lesiva ao paciente, assim como se observa no relato de MUNAIR (1993), que considerou que a falta de adaptação de coroas era prova de iatrogenia odontológica

Em nossos resultados encontramos um índice de 36,47% de respostas que aceitaram a iatrogenia como resultado de um erro profissional.

Na área da endodontia, BEHNIA *et al.* (2000) consideraram que era iatrogênica a perfuração da raiz do dente causada durante o preparo do tratamento endodôntico, e que ela podia comprometer severamente o prognóstico do dente. Complementaram que o erro era intensificado quando o clínico não era informado da perfuração e procedia com a colocação do núcleo no dente com a raiz perfurada.

Nota-se nesse relato o uso do termo iatrogenia no sentido de erro profissional mas o objetivo principal do artigo publicado não foi determinar o significado do termo mas sim, descrever o método, por eles preconizado, para reparar a perfuração iatrogênica da raiz.

Nessas circunstâncias verificou-se que a iatrogenia foi usada no sentido de um dano causado pelo profissional, sem que tenham, porém, afirmado com ênfase, que se tratava de um erro profissional.

A letra do médico foi considerada por CUNHA *et al.* (1986) como iatrogenia caligráfica, e que era a terrível doença da letra do médico, pois reeducar o médico e sua caligrafia era um sonho. No

entendimento do Juiz KFOURI (1996), a letra indecifrável do médico conduzia à responsabilidade por negligência. Por outro lado, o Código de Ética Médica dos Conselhos de Medicina do Brasil dispõe no artigo 39 que é vedado ao médico receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, e FRANÇA (2000) comentou que receitar de forma ilegível constitui-se numa modalidade de negligência profissional, podendo o médico ser responsabilizado civil ou penalmente, quando houver dano ao paciente.

Face a circunstância de a iatrogenia poder estar relacionada com o avanço tecnológico e o estágio de desenvolvimento da ciência biológica, o seu conceito apresentou variações de acordo com esses aspectos.

Pode-se distinguir, na Revista da Literatura, a existência de três correntes de interpretação dado ao termo iatrogenia:

1) iatrogenia como sendo todo resultado causado pelo profissional, sem delimitar a sua natureza e seu efeito no campo da responsabilidade civil,

2) iatrogenia como sendo todo resultado causado pelo profissional, mas não sendo considerado erro. Contudo, os autores descreveram condutas típicas de imperícia, imprudência ou negligência, confundindo culpa e iatrogenia,

3) iatrogenia diferencia-se de erro, sendo inevitável, previsível ou imprevisível, e o erro, evitável. A iatrogenia, pela sua inevitabilidade, não enseja a punibilidade, apesar de causar danos.

As questões pertinentes à iatrogenia, abordadas neste trabalho, estão intimamente ligadas à responsabilidade civil, e é no campo do Direito Civil Brasileiro que elas devem ser estudadas em conformidade com as exigências do ordenamento jurídico, tornando-se imprescindível que os esclarecimentos sejam obtidos à luz dos fundamentos dados pela ciência jurídica.

A interpretação dada ao instituto da responsabilidade civil, quanto ao entendimento sobre a incidência e aplicabilidade do artigo 159, do Código Civil Brasileiro em vigor, foi idêntica entre os estudiosos do direito, como se verificou nos artigos de DIAS (1997), DINIZ (1997), GONÇALVES (1995), KFOURI (1994) e PEREIRA (1999), entre outros.

Quanto ao termo iatrogenia, ficou evidenciado que o seu significado etimológico é entendido como tudo aquilo que é produzido pelo médico. Assim, pode-se dizer que tanto os resultados benéficos como os indesejáveis são iatrogenias causadas pelo médico.

Todavia, a iatrogenia tem sido entendida como o resultado danoso causado pela atuação do profissional, embora não seja a consequência de um ato culposo.

Frente aos tribunais, essa interpretação da iatrogenia tem sido alegada como meio de defesa, para demonstrar que não houve culpa do agente, ou seja, o resultado indesejável não se deve à culpa do profissional.

Para se poder afirmar que a iatrogenia não gera o dever de indenizar, impõe-se uma linha de raciocínio de que não existe culpa na conduta de qualquer profissional que, tendo empregado todos os procedimentos e recursos disponíveis pela ciência odontológica ou médica, naquelas circunstâncias, apresentou um resultado danoso ao paciente.

A inexistência da culpa é fundamental para caracterizar a iatrogenia, no sentido em que tem sido usada perante os tribunais, ou seja, não gerando responsabilidade.

Se no ato profissional está presente a imperícia, a imprudência ou negligência, e havendo o nexo causal entre o dano e o ato, não há que se falar em iatrogenia e sim em erro profissional por culpa, o que evidentemente, gera responsabilidade.

Pode-se observar, ao longo da discussão dos resultados, a existência de uma divergência conceitual entre erro e iatrogenia na revista da literatura, também encontrada nos resultados de nossa pesquisa, evidenciando a necessidade de se estabelecer limites entre a iatrogenia e o erro.

É necessário, por derradeiro, trazer à presente discussão, a importância da perícia, como ressaltaram MARANHÃO (1997), SANTOS (1997), FRANÇA (1998), THEODORO (1999), DINAMARCO (2001) e MIRABETE (2000), ao relatarem o insubstituível serviço prestado pelos técnicos e especialistas, em relação aos fatos que exigem conhecimentos especiais, para que a Justiça possa se informar a fim de decidir um conflito de interesses.

Para elucidar situações de fatos controvertidos, a norma processual brasileira exige que o perito seja possuidor de conhecimento técnico e científico especializado, e, suas conclusões devem ser lastreadas em premissas técnico-científicas, como declaração de ciência e afirmação de um juízo.

Estando a serviço da Justiça, o perito fornece fundamento objetivo para formação de uma convicção e tem-se que assegurar que as dúvidas que permeiam os profissionais da saúde quanto à conceituação de

iatrogenia não sejam por ele compartilhadas, mas que a sua atuação traga a lume a perfeita distinção existente resultado iatrogênico e erro profissional.

Configurou-se, assim, a relevância da proposta do presente trabalho de pesquisa, que visou conceituar o termo iatrogenia, analisar sua inserção no campo da responsabilidade civil, e fornecer subsídios ao perito.

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Pela análise da Revista da Literatura, e pela análise dos resultados obtidos no presente trabalho de pesquisa, podemos apresentar as seguintes conclusões:

- I - Existe uma interpretação errônea para o termo iatrogenia.
- II - O termo erro profissional foi confundido com o termo iatrogenia.

Podemos ainda, de acordo com a análise da Revista da Literatura, e com os critérios estabelecidos em Materiais e Métodos, concluir que:

- I - O termo iatrogenia significa tudo o que é causado pelo profissional, contudo, é entendido, tanto na área da saúde, como no campo jurídico, como um resultado indesejável que não se origina da culpa profissional.
- II - A responsabilidade civil do profissional é subjetiva e deve ser apurada mediante a constatação da existência de culpa.
- III - A iatrogenia não resulta de um ato ilícito, portanto não gera o dever de reparar o dano causado.

IV - Para que a iatrogenia não caracterize um ato ilícito, deve atender aos seguintes requisitos:

1. Previsibilidade – aceita-se uma iatrogenia previsível se o estágio de evolução, atingido pela ciência odontológica, não apresenta técnicas e procedimentos isentos de efeitos indesejáveis, e o resultado não desejado, conhecido e esperado, é mais benéfico ao paciente do que a não intervenção profissional.
2. Imprevisibilidade - a iatrogenia será imprevisível quando:
 - a) A introdução de novas técnicas, procedimentos e medicamentos, embora já admitidos pela ciência, pode apresentar resultados danosos que não eram esperados.
 - b) A sua ocorrência está relacionada com as condições pessoais do paciente, que não poderiam ser antecipadas pelo profissional.
3. Inevitabilidade – a iatrogenia é inevitável quando não pode ser impedida nos seus efeitos, ainda que o profissional não tenha agido com culpa.

Sendo a odontologia, uma ciência de aplicação de conhecimentos técnicos e científicos, e obedecidos os preceitos acima, em relação à perícia, concluímos que:

1. É necessário que os peritos tenham um entendimento do exato conceito de iatrogenia e sua distinção de erro profissional, pois, obedecidos os requisitos estabelecidos, a iatrogenia não acarreta responsabilidade profissional.
2. À perícia cabe demonstrar a ocorrência ou não de iatrogenia, no caso concreto.

ABSTRACT

ON THE IMPORTANCE OF FORENSIC ODONTOLOGY IN
IATROGENICS AND LEGAL RESPONSIBILITY IN DENTAL
PRACTICE.

ABSTRACT

The importance and the need of odontological expertise in appraisal of the quality of a dental job which is being object of legal action make legal odontology search for a precise meaning for the term and its relation to legal responsibility. The objective of the present research was to determine the precise meaning of the term Iatrogenics, its applications and whether it can be or not considered an exclusion of legal responsibility. Several papers were studied on this subject, in the fields of odontology, pharmacology, medicine and other sciences. To highlight the importance of determining the concept of Iatrogenics, topics on legal responsibility were included in this dissertation. Also, a survey was made among a sample of 108 male and 62 female dentists. Findings confirm the need to undertake this project. Litterature review, as well as the survey, show a great variety of interpretations on the meaning of the term. As a consequence, more precise concepts are needed in order to enable forensic

experts to apply it without the risk of misinterpretations when evaluating dental jobs. Courts will, as a result, be able to make sound judgements on this role of exclusion played by true Iatrogenics. Forensic experts will also be able to present unquestionable evidences on which side is truth, in a legal action.

Key words: iatrogenics, legal responsibility, legal odontololy.

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

- 01 ABDO, C. H. N. Relação Médico-Paciente e Iatrogenia. **Rev Psiquiat Clín.**, 20(2): 55-58, 1993.
- 02 ALAEL, L. D. P. & ZAMPIERI, I. V. Iatrogenia em Ortodontia. **Revista Paulista de Odontologia.**, Maio/Junho p. 56-64, 1983.
- 03 ALMEIDA JÚNIOR, A. & COSTA JUNIOR, J. B.O. **Lições de Medicina Legal.** São Paulo: Nacional, 1974.
- 04 ALVARADO, J. C. Iatrogenia contra el buen arte de galeno e hipocrates. **Carta med. A.I.S. Boliv.**, 10(1) : 44-6, 1996.
- 05 ARDOIN, A. M. Role of the pharmacist in the prevention of adverse drug effects. **Therapie.**, 56(3) : 279-83, 2001.
- 06 ARLET, P. Remarks on the semantics of Presse Med. **Presse Med.** 30(12) 596, 2001.
- 07 AZNAREZ, E. P. Algunos antecedentes historicos de las mal llamadas enfermedades iatrogenicas. **Sem. Méd.**, 162(20) : 809-14, 1983.
- 08 BARATIERI, L. N. Advance operative dentistry. **Quintessence**, 1993, p. 353-403. *Apud* MEDEIROS, V. A. F. & SEDDON, R. P.. *Op. Cit.*

- 09 BEHNIA, A. *et al.* Repairing root perforations. **JADA**. February 196-201, 2000.
- 10 BENDER, I. B. *et al.*, Periapical replacement resorption of permanent, vital, endodontically treated incisors after orthodontic movement: report of two cases. **J Endod.**, **23**(12) : 768-73, 1997.
- 11 BERGENHOLTZ, G. Iatrogenic injury to the pulp in dental procedures: aspects of pathogenesis, management and preventive measures. **Int Dent J.**, **41**(2) : 99-110, 1991.
- 12 BES, A. R. Iatrogenia Judicial. 1996. <http://www.eloniversal.com>
- 13 BLANQUET-GROSSARD, F. *et al.* Prion Protein is not Detectable in Dental Pulp from Patients with Creutzfeldt-Jakob Disease. **Journal Dent Res.**, **79**(2): 700, 2000.
- 14 BOBADILLA, D. A. C. *et al.*, Malpraxis vrs. Iatrogenia **Compêndio de medicina forense.** Págs. 179-188, 1995.
- 15 BORGES, F. J. ; BERLANGIERI, C. Iatrogenia. **Rev Méd Uruguay**, **3** (1): 58-62, 1987.

- 16 BOYDE, A. & KNIGHT, P. J. Scanning electron microscope studies of Class II cavity margins. **British Dental Journal**, 1972, 133: 331-7. *Apud* MEDEIROS, V. A. F. & SEDDON, R. P.. *Op. Cit.*
- 17 BRAUN, G. Praxis odontológica: buena o mala? **Rev. Asoc. Civ. Argent. Audit. Odontol.** 4(6) págs. 22-3, 1997 .
- 18 BREZINA, J. A. Algunos problemas de los dientes con pérdidas de sustancias subgingivales. **Coop. Dent.** (286) : 12-8, 2000.
- 19 BRIÑÓN, E. L. Odontología Legal y práctica forense . pag. 47 y 48, 1983. *Apud* MUNAIR, J. L. *Op. Cit.*
- 20 BRUNO, A. **Direito Penal – Parte Geral.** Vol I, Ed. Nac. de Direito, 1956. *Apud* SÁ, E. *Op.cit.*
- 21 CABRERA, E. G. *et al.* Critério profesional acerca del error médico. **Rev Cubana Med Integr,** 14(1): 35-7, 1998.
- 22 CAHALI, Y. S. **Dano Moral.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998.
- 23 CANO, M. C. R. Iatrogenia. Enfermedades por reacciones adversas a la intervención médica. **Rev Sanid Militar,** México. 46(3): 101-104, 1992.

- 24 CAPISANO, H. F. Manifestações Iatrogências. **Ars. Curandi**, 2:33-38, 1969, *apud* HECKERT, U., *Op. cit.*
- 25 CARNEIRO, M. B. Iatrogenia e erro médico. **Anais da Academia Nacional de Medicina**. 156 (4) : 219-220, 1996.
- 26 CARNEVALI, R. D. & FILIPPO, C. Lesions of the inferior alveolar nerve. **Minerva Stomatol.** 38(9) : 1015-9, 1989.
- 27 CARPENTIER, F. Iatrogenic diseases linked to the use of drugs and common medical equipment. **Rev Prat.** 51(7) : 769-73, 2001.
- 28 CARVALHO, J. C. M. D. **Responsabilidade Civil Médica. Acórdãos na Íntegra de Tribunais Superiores.** Rio de Janeiro: Destaque, 1998.
- 29 CARVALHO, O. D. T. D. Doenças Iatrogênicas em Odontologia. **Revista APCD** vol.31 no.6 1977. 387-393.
- 30 CAVALIERI FILHO, S. **Programa de Responsabilidade Civil.** São Paulo: Malheiros, 1999.
- 31 CLARE, D. Family accuses doctors of failing to warn of risk. **BMJ.** 314(7089): 1224, 1997.

- 32 COCHRANE, A. L.. Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1981, *apud* HONKALA, E., *Op. cit.*
- 33 **Código Civil Brasileiro.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.
- 34 **Código Civil Comparado.** São Paulo: Saraiva, 2002.
- 35 **Código de Processo Civil.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.
- 36 **Constituição da República Federativa do Brasil.** Juarez de Oliveira. São Paulo: Saraiva, 2002.
- 37 CORTINA, V. B. C. Iatrogenia y error médico. **Revista Medica del hospital general.** 60 (2): 75-83, 1997.
- 38 COSTA, M. M. ; OLIVEIRA, J. E. C. D. As próteses parciais removíveis e as iatrogenias evitáveis. **ROBRAC.** 6(21): 11-3, 1997.
- 39 COUTO FILHO, A. F. A iatrogenia na Responsabilidade Civil Médica. **CREMEMG.** 2001 Set. <http://www.crememg.org.br>
- 40 CROCE, D. ; CROCE JÚNIOR, D. **Manual de Medicina Legal.** São Paulo: Saraiva, 1996.

- 41 CULLEN, D. J. *et al.*, Prevention of adverse drug events: a decade of progress in patient safety. **J Clin Anesth.** 12(8) : 600-614, 2000.
- 42 CUNHA, G. W. B. D. Iatrogenia Caligráfica: a terrível doença da letra do médico. **Hosp. Adm. Saúde.** 10(37): 17-8, 1986.
- 43 DIAS, J. D. A. **Da Responsabilidade Civil. Vol. I.** Rio de Janeiro: Forense, 1997.
- 44 DINAMARCO, C. R. **Instituições de Direito Processual Civil. III.** São Paulo: Malheiros, 2001.
- 45 DINIZ, M. H. **Curso de Direito Civil Brasileiro. 1º Volume. Teoria Geral do Direito Civil.** São Paulo: Saraiva, 1997.
- 46 DINIZ, M. H. **Curso de Direito Civil Brasileiro. Responsabilidade Civil.** São Paulo: Saraiva, 7º vol. 1997.
- 47 DOUGLAS, W. *et al.* **Medicina Legal à luz do Direito Penal e Processual Penal.** Rio de Janeiro: Impetus, 2001.
- 48 DUBOS, R. Man adapting. **Yale University Press.** 1973, *apud* HONKALA, E., *Op. cit.*

- 49 EKSTERMAN, A. Factores iatrogênicos na relação médico-paciente.
J. Bras. Med. **15**, 1968. *Apud* ABDO, C. H. N., *Op. Cit.*
- 50 ELDERTON, R. J. Iatrogenesis in the treatment of dental caries.
Proc Finn Dent Soc. **88**(1-2): 25-32, 1992.
- 51 ELGBOURI, H. *et al.* A very unusual complication of the extraction
of a wisdom tooth. **Rev Stomatol Chir Maxillofac.** **100**(2) : 82-
4, 1999
- 52 ELI, I. *et al.*, Wedges in restorative dentistry: principles and
applications. **J Oral Rehabil.** **18**(3) : 257-64, 1991.
- 53 ELLIS, E. Complications of mandibular condyle fractures. **Int J**
Oral Maxillofac Surg. **27**(4) : 255-7, 1998.
- 54 FORKNER-DUNN, D. J. Commentary: to err is human--but not in
health care. **Am J Med Qual.** **15**(6) : 263-6, 2000.
- 55 FRANÇA, G. V. D. **Medicina Legal.** Rio de Janeiro: Guanabara-
Koogan, 1998.
- 56 FREITAS, V. L. T. D. ; ALVES, S. S. M. M. Accidentes provocados
por soluciones irrigadoras durante la práctica endodóntica. **Rev.**
Asoc. Odontol. Argent., **89** (2): 173-6, 2001.

- 57 FRICKER, J. P. A worthy goal-Less Iatrogenics. **Am.J. Orthod Dentofacial Orthop.**, 115(5):13A., 1999.
- 58 GENTILE-RAMOS, I. Iatrogenia y malpraxis. **Rev. méd. Urug.** 9(1) : 3-8, 1993.
- 59 GERSTNER, J. B. Iatrogenia. **Rev. Col. Ortop. Traum.** 15(02): 7-8, 2001.
- 60 GOMES, H. **Medicina Legal.** Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1997.
- 61 GONÇALVES, C. R. **Responsabilidade Civil.** São Paulo: Saraiva, 1995.
- 62 GRINOVER, A. P. *et al.* **Código Brasileiro de Defesa do Consumidor Comentado pelo Autores do Anteprojeto.** R Rio de Janeiro: Forense Universitária,1998.
- 63 GROSCHUP, M. H. *et al.* Detection of scrapie agent inthe peripheral nervous system of a diseased sheep. **Neurobiol Dis** 3:191-195. *Apud* BLANQUET-GROSSARD, F. *et al.* *Op. cit.*
- 64 GUARNER, V. Nuevas tecnologías y nuevos daños iatrogénicos. **Gac Med México.**, 131 (5-6): 533-551, 2000.

- 65 HARAMBURU, F. *et al.*, Prevention of adverse effects of drugs. **Therapie**. **56**(3) : 273-4, 2001.
- 66 HARRISON, H. Preemies on steroids: a new iatrogenic disaster? **Birth**. **28**(1) : 57-9, 2001.
- 67 HARRISON. Principles of Internal Medicine. **Tenth edition**. Pag. 3 y 4, 1983. *Apud* MUNAIR, J. L. *Op. Cit.*
- 68 HART, G. K. Error in medicine: adverse events in intensive care. **Schweiz Med Wochenschr.**, 129:1583-91, 1999.
- 69 HECKERT, U. Iatrogenia e relação médico-paciente. **HE Rer.** **11**(2) : 111-5, 1984.
- 70 HERCULES, H. D. C. Erro médico: a visão do médico legista. **Anais da Academia nacional de Medicina**. **156** (4): 214-217, 1996.
- 71 HOFER T. P. ; KERR, E. A. What is an error? **Eff Clin Pract.** **3**(6) : 261-9, 2000.
- 72 HONKALA, E. The critics of modern medicine and its implications for dentistry. **Scand J Soc Med.**, **14**(3) : 123-6, 1986.

- 73 HUGGINS, H. A. Dentes provocam confusão. **Raum Zeit.** 1990, vol.2, no.1. <http://www.taps.org/br>
- 74 ILLICH, I. Limits to medicine. Singapore: Penguin Books, 1984, *apud* HONKALA, E., *Op. cit.*
- 75 JENSEN, J. R. Occasional papers on Hospital Risk Management. **Risk Management Reports.** 1997, vol. One, No.4, October 4, <http://www.riskmanco.com>
- 76 JINICH, H. Daño iatrógeno en la relación médico paciente. **Gac. Méd. México.** 131 (5-6): 545-549, 2000.
- 77 KFOURI NETO, M. **Culpa Médica e Ônus da Prova.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.
- 78 KFOURI NETO, M. **Responsabilidade Civil do Médico.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 1994.
- 79 LANDAETA, L. D. Iatrogenia Médica. **Arch. Venez. Pureic. Y Pediatr.** 49 (1-2) 1986.
- 80 LARROSA, A. S. Patologia Iatrogenica. **Rer. Psiquiatr. Urug.** L II 19-31, 1987.

- 81 LEITE, V. D. G. **Odontologia Legal**. Bahia: Era Nova, 1962.
- 82 LEVENHAGEN, A. J. D. S. **Comentários ao Código de Processo Civil. II**. São Paulo: Atlas, 1996.
- 83 LIFSHITZ 2. Iatrogenia en medicina interna. Gaceta Médica de México. Vol. 131, 2000.
- 84 LIFSHITZ, A. *et al.* **Hacia una categorización de la yatrogenesis**. Gaceta Médica de México. Vol. 124, 1988.
- 85 LIMA, A. **Culpa e Risco**, São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.
- 86 LONG, T. D. The effect of the morphology of adjacent tooth surface on amalgam and crown preparations. **J Dental Research**. 1980, 59:1799. *Apud* MEDEIROS, V. A. F. & SEDDON, R. P.. *Op. cit.*
- 87 LOPEZ, T. A. **O Dano Estético. Responsabilidade civil**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.
- 88 LOPEZ, T. R. & PEREZ, R. G. Error, Iatrogenia y Etica. **Ver. Hosp. Psiquiat. Habana**. 1993 pág. 31-39.

- 89 LUSI, A.; GYGAX, M. Iatrogenic damage to adjacent teeth during classical approximal box preparation. **Journal Of Dentistry**. 26 (19) 435-441, 1998.
- 90 MACLENNAN, D. W. Consideration of 180 cases of typical fractures of the mandibular condykar process. **Br J Plast Surg** 1952; 5:122. *Apud* ELLIS, E. *Op. cit.*
- 91 MARANHÃO, O. R. **Curso Básico de Medicina Legal**. São Paulo: Malheiros, 1997.
- 92 MATIELO, F. Z. **Responsabilidade Civil do Médico**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.
- 93 MATTISON, G. D. Orthodontic root resorption of vital and endodontically treated teeth. **J Endodon**. 10: 354-8, 1984. *Apud* BENDER, I. B. *et al. Op cit.*
- 94 MEDEIROS, V. A. F. & SEDDON, R. P. Iatrogenic damage to approximal surfaces in contact with Class II restorations. **Journal of Dentistry** vol. 28 2000 págs. 103-110.
- 95 MEDINA, M. L. C. Etica Profesional y Iatrogenia. **Rev. Med. Urug.**, 28(02): 34-7, 2000

- 96 MEURISSE, M. *et al.*, Iatrogenic thyrotoxicosis: causal circumstances, pathophysiology, and principles of treatment-review of the literature. **World J Surg.** 2000 24(11) : 1377-85.
- 97 MIRABETE, J. F. **Processo Penal.** São Paulo: Atlas, 2000.
- 98 MIRANDA, P.D. **Tratado de Direito Privado. Parte Geral. Introdução. Pessoas Físicas e Jurídicas.** Campinas: Bookseller, 2000.
- 99 MONTEIRO, W. D. B. **Curso de Direito Civil. 1º Volume. Parte Geral.** São Paulo: Saraiva, 1997.
- 100 MOOPNAR, M. ; FAULKNER, K. D. Accidental damage to teeth adjacent to crown-prepared abutment teeth. **Aust Dent J., 36(2)** : 136-40, 1991.
- 101 MORENO, J. P. *et al.*, Decreasing iatrogenic complications during internal jugular vein catheterization by using a shorter guide needle. **Rev Esp Anesthesiol Reanim. 48(3)** 156, 2001.
- 102 MUNAIR, J. L. Estudio radiográfico de iatrogenia odontológica **Rev. Dent. Chile., 84(3)** : 188-90, 1993.

- 103 NAHLIELI, O. *et al.*, An unusual iatrogenic burn from a heated dental instrument. **Burns**, **26(7)** : 676-8, 2000.
- 104 OJEDA, L. S. *et al.*, Iatrogenic disease in pediatric dentistry. Report of a case. **Pract Odontol.**, **12(8)** : 25-7, 1991.
- 105 OLIVEIRA, M. L. L. **Responsabilidade Civil Odontológica**. Belo Horizonte: Del Rey, 2000.
- 106 OLSEN, C. B. & POLLARD, A. W. Severe bone loss caused by orthodontic rubber bands; management and nine-year follow-up: Report of case. **J Dentist Child**. January-February. Págs. 25-28, 1998.
- 107 PADILLA, C. J. L. Responsabilidad Profesional del Medico e Iatrogenia. **Cienc Méd.** **5(1-2)**: 7-9, 1990.
- 108 PEDROTTI, I. A. **Responsabilidade Civil. Vol.1**. São Paulo: Leud, 1995.
- 109 PEREIRA, C. M. D. S. **Responsabilidade Civil de acordo com a Constituição de 1988**. Rio de Janeiro: Forense, 1999.

- 110 QVIST, V. *et al.*, Progression of approximal caries in relation to iatrogenic preparation damage. **J Dent Res.** 1992. 71 (7) : 1370-3.
- 111 RAMFJORD, S. P. **Oclusion**. Philadelphia: WB Saunders, 1995.
Apud WITTER, D. J. *et al.* *Op. cit.*
- 112 REDLICH, M *et. al.*, Orthodontic-prosthetic treatment to replace maxillary incisors exfoliated because of improper use of orthodontic elastic: A case report. **Quintessence International.**, 28 (4): 241-244, 1997.
- 113 RODRIGO, M. R . Use of inhalational and intravenous sedation in dentistry. **Int Dent J.** 47(1) : 32-8, 1997.
- 114 RODRIGUES, S. **Direito Civil. Parte Geral. Volume 1.** São Paulo: Saraiva, 1997.
- 115 RODRIGUES, S. **Direito Civil. Responsabilidade Civil.** São Paulo: Saraiva, 1997.
- 116 ROJAS, L. O. Q. *et al*, El cuerpo extraño iatrogenico. **Rev. Venez. Cirurg.**, 40(1): 13-16, 1987.

- 117 ROSE, H. & RIVERA M. P. Iatrogenic Fracture of roots reinforce with cervical collar. Vol. 11, Number 2, pág. 46-50. *Apud* MUNAIR, J. L. *Op cit.*
- 118 RUBIANO, M. El odontólogo: uno de los principales causantes de la endocarditis bacteriana sub-aguda. **Rev. Fed. Odontol. Colomb.** **34(153)** : 43-50, 1985.
- 119 RUCK, Z. R. Iatrogenia en endodoncia. **Endod. Boliv.** **10(10)** : 17-21, 1996.
- 120 RUD, J. *et al.*, Retrograde sealing of accidental root perforations with dentin-bonded composite resin. **J Endod.**, **24(10)** : 671-7, 1998.
- 121 SÁ, E. A iatrogênia na relação médico-paciente. 2000 .
<http://www.msb.com.br>
- 122 SACOT, N. J. ; FERRERÍA, J. L. Mala praxis en la cirugía del tercer molar retenido. **Rev. Fac. Odontol.** **16(42)** : 23-7, 1996.
- 123 SALMERÓN-S, P Nuevos problemas iatrogénicos como resultado de nuevas tecnologías. Procedimientos invasivos de diagnóstico. **Gac. Méd. México.**, **131(5-6)**: 541-544, 2000.

- 124 SANTOS, M. S. **Primeiras Linhas de Direito Processual Civil.**
São Paulo: Saraiva, 1997.
- 125 SCHMIDT B. Prevention of IVH and BPD: Internacional
Randomized Placebo-controlled Trial of Indomethacin
Prophylaxis in Preterm Infants. Dec 5, 2000. *Apud* HARRISON,
H. *Op.cit.*
- 126 SILVA, E. M. M. D. S. *et al.* Anestésicos-Amenize: O Trauma
provocado pela punção da agulha. **Rev. Fac. Odontol. Lins.**
1998, jan.jun. : 8-13.
- 127 SILVERMAN, W. A. Where's the Evidence? Debates in Modern
Medicine, 1998. *Apud* HARRISON, H. *Op.cit.*
- 128 SOARES, D. M. **Revista de Responsabilidade Civil.** Coord.
BUCCI, M. C. Campinas: Jurídica Mizuno, 2001.
- 129 SORENSEN, J. A. & MARTINOFF, J. T. Intracoronal reinforcement
and coronal coverage: a study of endodontically treated teeth. **J
Prothet Dent** 1984; 51:780-45. *Apud* BEHNIA, A. *et al. Op.
cit.*

- 130 SOX JR H.C. ; WOLOSHIN, S. How many deaths are due to medical error? Getting the number right *Eff. Clin Pract.* **3(6)** : 277-83, 2000.
- 131 STOCKTON, L. W. ; SUZUKI, M. Management of accidental and iatrogenic injuries to the dentition. *J Can Dent Assoc.* **64(5)** : 378-82, 1998.
- 132 STOCO, R. **Responsabilidade Civil e sua Interpretação Jurisprudencial.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.
- 133 THEODORO JÚNIOR, H. **Curso de Direito Processual Civil. Vol. I.** Rio de Janeiro: Revista Forense, 1999.
- 134 THOMAS, E. J. *et. al.*, A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA. I: Context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics. *Int J Qual Health Care.* **12(5)** : 371-8, 2000.
- 135 TRASANCOS, C. C. *et al.*, Investigation of potential iatrogenic transmission of hepatitis C in Victoria, Australia. *Aust N Z J Public Health.* **25(3)** : 241-4, 2001.

- 136 TSOKOS, M. *et al.*, Pressure sores: epidemiology, medico-legal implications and forensic argumentation concerning causality. **Int J Legal Med.** 113(5) : 283-7, 2000.
- 137 VENOSA, S. D. S. **Contratos em Espécie e Responsabilidade Civil.** São Paulo: Atlas, 2001.
- 138 VENOSA, S. D. S. **Direito Civil. Parte Geral.** São Paulo: Atlas, 2001.
- 139 WALD, A. **Curso de Direito Civil Brasileiro. Obrigações e Contratos.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998.
- 140 WHITE, W. L. *et al.*, Iatrogenic complications related to the use of Herrick Lacrimal Plugs. **Ophthalmology.** 108(10) : 1835-7, 2001.
- 141 WIKINSKI, J. A. Causalidad, azar, error e incertidumbre. **Rev. argent. Anesthesiol.** 49(4) : 265-73, 1991.
- 142 WITTER, D. J. *et al.* The shortened dental arch concept and its implications for oral health care. **Community Dent Oral Epidemiol.** 27(4) : 249-58, 1999.

143 ZUAZOLA, R. V. Ortodoncia preventiva. Realidad o iatrogenia?

Rev. Fac. Odontol. Univ. Valparaiso. 2(1) : 1-8, 1997.

ANEXOS

ANEXO 01

FICHA DE LEVANTAMENTO DE DADOS para trabalho de pesquisa científica que será desenvolvida pelo C.D. Sérgio Duz, denominada "A IMPORTÂNCIA DA PERÍCIA FRENTE A IATROGENIA E A RESPONSABILIDADE CIVIL NO EXERCÍCIO DA ODONTOLOGIA.

FICHA DE LEVANTAMENTO DE DADOS NÚMERO DE REGISTRO

01. **Sexo** Masc. () Fem. ()
02. **Formação**
- () a- cirurgião dentista
- () b- médico
- () c- advogado
- () d- outra formação
03. **Local de trabalho**
- () a- consultório particular.
- () b- hospital
- () C- I ML
- () d- consultório de convênio
- () e- consultório de Prefeitura ou Estado
- () f- consultório de colega
- () g- outro local
04. **Funções ou cargos que exerce**
- () a- cirurgião dentista
- () b- médico
- () c- perito judicial
- () d- odontologista
- () e- médico legista
- () f- outro cargo ou função
05. **Cursos de Pós graduação concluídos**
- () a- Curso de Especialização
- qual?
- () b- Mestrado
- qual?
- () c- Doutorado
- qual?
06. **Cursos de Pós graduação em andamento**
- () a- Curso de Especialização
- qual?
- () h- Mestrado
- qual?
- () c- Doutorado
- qual?
07. **Perícias em que teve participação**
- () a- nenhuma
- () b- de 1 a 05
- () c- de 06 a 10
- () d- de 11 a 20
- () e- mais de 21
08. **Tipo de perícias**
- () a- na área civil
- () b- na área criminal
- () c- na área trabalhista
- Continua no verso

9. Espécie de perícias que realizei
- a- na área odontológica
- () - identificação
- () - ortodontia
- () - implantodontia
- () - prótese
- () - endodontia
- () - clínica geral
- () - cirurgia
- () - outras áreas
- b- na área médica
- () - investigação de paternidade
- () - identificação
- () - causa da morte
- () - outras perícias
- c- na área trabalhista
- () - acidente em serviço
- () - doença do trabalho
- () - outras perícias

11. **Atua na área docente**
- qual ?

10. **Perícias realizadas**

- () a- no vivo
- () b- no morto
- () c- carbonizado
- () d- esqueletizado
- () e- exumado

Sim () Não ()

QUESTIONÁRIO

12. **Responda Certo ou Errado**
- | | Certo | Errado |
|--|-------|--------|
| a- O erro profissional produz sempre uma iatrogenia. | () | () |
| b- Erro profissional e Iatrogenia são sinônimos. | () | () |
| c- O erro profissional resulta de uma atitude negligente, imperita ou imprudente. | () | () |
| d- A Iatrogenia não resulta do erro profissional. | () | () |
| e- Erro profissional é a indicação de um tratamento errôneo para o caso. | () | () |
| f- A Iatrogenia é sempre um dano previsível. | () | () |
| g- Erro profissional é o resultado danoso e previsto, mas, inevitável para o caso. | () | () |
| h- O erro profissional é o que resulta de um equívoco, não existe dolo ou culpa. | () | () |
| i- A Iatrogenia nunca pode ser evitada. | () | () |

ANEXO 02

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, declaro que:

- Concordei total e plenamente em responder ao questionário, de livre e espontânea vontade, sendo, também que, fui devidamente esclarecido sobre a justificativa, o objetivo, os procedimentos e a metodologia e que a Ficha de Levantamento de Dados conterà apenas a identificação do sexo do participante, sem qualquer outro indicador da identidade do participante, ficando plenamente garantido o sigilo quanto a minha privacidade.
- É do meu inteiro conhecimento que o C.D. Sérgio Duz solicitou-me que preenchesse a Ficha de Levantamento de Dados para utilizar em trabalho de pesquisa científica denominada "A importância da perícia frente a Iatrogenia e Responsabilidade Civil no exercício da Odontologia".
- Não houve qualquer tipo de constrangimento ou coação para o preenchimento da Ficha de Levantamento de Dados, tendo me sido dada total liberdade de recusar a participar do grupo de pesquisa.

Nestes termos, dou meu pleno consentimento, livre e esclarecido, para a utilização da Ficha de Levantamento de Dados, especificamente para a pesquisa que será desenvolvida pelo C.D. Sérgio Duz, denominada "A importância da perícia frente a Iatrogena e Responsabilidade Civil no exercício da Odontologia".

Local e Data

Assinatura por extenso



UNICAMP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



CERTIFICADO

Certificamos que o Projeto de pesquisa intitulado "A importância da perícia frente a iatrogenia e a responsabilidade civil no exercício da odontologia", sob o protocolo nº **115/2001**, do Pesquisador **Sérgio Duz**, sob a responsabilidade do Prof. Dr. **Eduardo Daruge**, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – FOP.

Piracicaba, 04 de dezembro de 2002

We certify that the research project with title "Importance of investigation concerning iatrogenesis and the civil responsibility on the odontology practice", protocol nº **115/2001**, by Researcher **Sérgio Duz**, responsibility by Prof. Dr. **Eduardo Daruge**, is in agreement with the Resolution 196/96 from National Committee of Health/Health Department (BR) and was approved by the Ethical Committee in Resarch at the Piracicaba Dentistry School/UNICAMP (State University of Campinas).

Piracicaba, SP, Brazil, December 04 2001

Prof. Dr. Pedro Luiz Rosalen
Secretário
CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP