



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000388775

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1002857-13.2021.8.26.0019, da Comarca de Americana, em que é apelante GUSTAVO FERNANDES FREITAS (JUSTIÇA GRATUITA), são apelados ADOLFO BASSO e UNIMED DE SANTA BARBARA D OESTE E AMERICANA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 8ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Negaram provimento ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores SALLES ROSSI (Presidente) E PEDRO DE ALCÂNTARA DA SILVA LEME FILHO.

São Paulo, 23 de abril de 2025.

RONNIE HERBERT BARROS SOARES

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

APELAÇÃO Nº 1002857-13.2021.8.26.0019

APELANTE: GUSTAVO FERNANDES FREITAS (JUSTIÇA GRATUITA)

APELADOS: ADOLFO BASSO E OUTRA

ORIGEM: FORO DE AMERICANA – 3ª VARA CÍVEL

MAGISTRADO: MARCIO ROBERTO ALEXANDRE

VOTO nº 12544

EMENTA:

APELAÇÃO – RESPONSABILIDADE CIVIL – ERRO MÉDICO – RESPONSABILIDADE SUBJETIVA DO MÉDICO E OBJETIVA DO HOSPITAL – NÃO CONFIGURAÇÃO NO CASO CONCRETO – LAUDO PERICIAL QUE DEMONSTRA A INEXISTÊNCIA DE IMPERÍCIA, NEGLIGÊNCIA OU IMPRUDÊNCIA – SENTENÇA MANTIDA – RECURSO NÃO PROVIDO.

Vistos.

1 – A r. sentença de fls. 1138/1147, de relatório adotado, julgou improcedente a ação de indenização por danos materiais e morais ajuizada por GUSTAVO FERNANDES FREITAS em face de ADOLFO BASSO E OUTRA. Diante da sucumbência condenou o autor ao pagamento das despesas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% do valor atualizado da causa, ressalvado o benefício da gratuidade.

Recorre o autor almejando a reforma do julgado, invocando a imprestabilidade do laudo pericial por ser contraditório e não se ater a realidade do quadro. Afirma, em síntese, ter sofrido queda de moto em 11/09/2019 resultando em traumatismo craniano com diagnóstico tardio, que ocasionou piora de seu quadro de saúde e necessidade de cirurgia para tratamento de hematoma subdural. Aduz que seu diagnóstico anterior de esclerose múltipla não guarda relação com o erro médico e não poderia

causar as sequelas de que padece. Sustenta que os réus agiram com negligência, sendo objetiva a responsabilidade do hospital. Por fim pretende a reforma da r. sentença para que seja reconhecido o erro médico, com condenação dos réus ao pagamento de indenização por danos materiais e morais (fls. 1150/1180).

Contrarrazões às fls. 1184/1214.

Os réus não se opuseram ao julgamento virtual (fl. 1218).

É o relatório.

2 – A controvérsia cinge-se em verificar a responsabilidade dos réus, decorrente de negligência e erro de diagnóstico, bem como a configuração dos danos materiais e morais pleiteados.

A responsabilidade civil, particularmente a que envolve alegação de erro médico, exige comprovação inequívoca de culpa, seja por negligência, imprudência ou imperícia, além do necessário nexo de causalidade entre a conduta dos profissionais ou do estabelecimento hospitalar e o dano alegado (art. 951 do C.C.¹).

Sobre o tema, pontual a lição de Sérgio Cavalieri Filho²

Logo, a obrigação assumida pelo médico é de meio, e não de resultado, de sorte que, se o tratamento realizado não produziu o efeito esperado, não se pode falar, só por isso, em inadimplemento contratual (...) Disso resulta que a responsabilidade médica, embora contratual, é subjetiva e com culpa provada. Não decorre do mero insucesso no

¹ Art. 951. O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.

² Cavalieri Filho, Sérgio. Programa de Responsabilidade Civil. 16.ed. Barueri, São Paulo, Atlas, 2023, fls.459 e 470-471.

diagnóstico ou no tratamento, seja clínico ou cirúrgico. Caberá ao paciente, ou aos seus herdeiros, demonstrar que o resultado funesto do tratamento teve por causa a negligência, imprudência ou imperícia do médico

Também imprescindível, no caso de responsabilidade objetiva do hospital, extraíndo-se do art. 14 da lei consumerista, a norma geral atinente ao tema da responsabilidade civil por defeitos relativos à prestação de tais serviços:

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

§ 1º O serviço é defeituoso quando não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais:

I - o modo de seu fornecimento;

II - o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam;

III - a época em que foi fornecido.

§ 2º O serviço não é considerado defeituoso pela adoção de novas técnicas.

§ 3º O fornecedor de serviços só não será responsabilizado quando provar:

I - que, tendo prestado o serviço, o defeito inexiste;

II - a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro.

É objetiva a responsabilidade civil ora examinada, de modo que se deve perquirir acerca da existência do defeito do serviço, o evento danoso e o nexo causal entre o fato imputável ao agente e os danos acarretados à vítima.

Narra o apelante que em 11/09/2019 sofreu colisão de moto e foi encaminhado às dependências do Hospital Unimed, ora apelado, com queixas de dores nas costas e joelho, além de hematoma na testa. Foi atendido pelo médico Adolfo Basso, também apelado, que prescreveu exames e assinou a alta após cerca de 4 horas em observação.

Prossegue dizendo que sete dias após o acidente retornou ao hospital com dores no joelho e no exame foi constatado a

existência de fragmento ósseo, que não foi visto no primeiro atendimento. Ainda, no dia 13/01/2020, retornou ao hospital com dores nas costas e, após exame de tomografia de crânio, constatou-se sinais de hematoma subdural crônico.

Sustenta que tais ocorrências constituem negligência médica e erro de diagnóstico que resultaram em uma série de sequelas.

Sobre o ocorrido e a cadeia de atendimento, constou do laudo pericial:

O (a) periciando (a) é portador (a) de esclerose múltiplas, status pós-operatório de drenagem de hematomasubdural crônico e lesão do ligamento cruzado anterior e ligamento colateral medial esquerdo.

Com relação ao atendimento inicial.

Este perito fez contato com o médico responsável pelo pronto-socorro do Hospital Unimed de Americana, Dr Denis Flores, a fim de entender o fluxo de atendimento dentro do nosocômio, para casos de Urgência. Segundo me foi informado, o paciente dá entrada pelo setor de emergência é avaliado pelo médico responsável pela sala de atendimento do politraumatizado, triado e tem suas lesões identificadas, e somente após a triagem e avaliação inicial, os especialistas de cada área (neurocirurgia, ortopedia, cirurgia geral) são chamados para dar seguimento específico. Deste modo, chega-se à primeira conclusão: o Dr Adolfo Basso não era o responsável pela situação referente ao trauma da cabeça do paciente, mas sim as lesões ortopédicas.

Dando seguimento, sabe-se que o autor teve duas lesões identificadas e sobre as quais teve o atendimento médico questionado, e a partir desse momento discutirei:

1 – Trauma da cabeça com consequente hematomasubdural crônico: Segundo o Advanced Trauma Life Support, doutrina que é considerada o padrão-ouro em Medicina de Emergência para o atendimento ao traumatizado em todo o mundo, as lesões da cabeça são classificadas em diversas formas e a mais usada se baseia na escala de coma de Glasgow (GCS). A pontuação da Escala de Coma de Glasgow (GCS) é usada como uma medida clínica objetiva da gravidade da lesão cerebral. Uma pontuação GCS de 8 ou menos tem tornou-se a definição geralmente aceita de coma ou lesão cerebral grave. Pacientes com lesão cerebral que têm uma pontuação GCS de 9 a 12 são categorizados como tendo “lesão moderada” e indivíduos com pontuação na GCS de 13 a 15 são designados como tendo “lesão leve”.

Com relação à condição adquirida pelo Requerente, tratou-se de um hematoma subdural de características crônicas. Os

hematomas subdurais são mais comuns do que os hematomas epidurais, ocorrendo em aproximadamente 30% de pacientes com lesões cerebrais graves. Eles frequentemente desenvolvem do cisalhamento de pequena superfície ou ponte vasos sanguíneos do córtex cerebral. Em contraste à forma lenticular de um hematoma epidural em uma tomografia computadorizada, os hematomas subdurais geralmente parecem de acordo com os contornos do cérebro. Dano subjacente um hematoma subdural agudo é tipicamente muito mais grave do que a associada à epidural hematomas devido à presença de lesão parenquimatosa. No caso do autor, tratou-se de um sangramento de caráter crônico, que acontecer lenta e progressivamente, levando a sintomas somente após meses, nesses casos é chamado de hematoma subdural crônico.

Com relação ao diagnóstico e tratamento da lesão do joelho esquerdo, há menção ao quadro clínico de trauma da coxa esquerda no atendimento inicial e realização de exames radiográficos para o fêmur. Não há menção ao trauma do joelho. Houve necessidade de retorno ao pronto-socorro após cerca de 1 semana, quando foi diagnosticado com lesão ligamentar do joelho, teve indicação de cirurgia, que não realizou até o presente momento.

(...)

Nos casos que o paciente está acordado e orientado, como foi o caso de chegada do requerente, traça-se história clínica, exame geral, exame neurológico limitado, realiza-se exames radiológicos de série trauma, realiza-se a colheita de exames toxicológicos e níveis de álcool no sangue. Neste momento, entra em cena a avaliação dos critérios para a realização de exames de tomografia computadorizada da cabeça:

(...)

A tomografia computadorizada é solicitada para pacientes com suspeita de trauma cerebral moderado (perda de consciência testemunhada, amnésia definida, ou testemunho de desorientação em paciente com escore de coma de Glasgow de 13-15 E um dos fatores abaixo:

- 1 – GCS menor que 15 após 2 horas do trauma
- 2 – Suspeita de fratura exposta ou depressiva da cabeça
- 3 – Sinais de fratura da base do crânio
- 4 – Vômitos
- 5 – Idade acima de 65 anos
- 6 – Uso de anticoagulante
- 7 – Perda de consciência,
- 8 – Amnésia de mais de 30 minutos antes do impacto
- 9 – Mecanismo perigoso (pedestre atingido por veículo motorizado, ocupante ejetado do veículo, queda de altura maior que 60 cm ou 5 degraus. (fls. 1020/1023)

Considerando o panorama do caso, concluiu o perito:

A – Trauma Craniano

- 1 – Não era o Dr Adolfo Basso o responsável pela triagem e atendimento do quadro neurológico, segundo entrevista com o responsável pelo pronto-socorro da Unidade Hospitalar. A

avaliação ortopédica ocorre de maneira conjunta, não sendo o médico ortopedista responsável pela avaliação e investigação, tendo estas funções estritamente relacionadas ao tratamento das doenças osteomusculares;

2 – O atendimento inicial ao trauma foi conduzido pelo Dr Denis Flores;

3 – Baseado na literatura apresentada e documentos anexados ao processo, observa-se que o diagnóstico de hematoma na região frontal é um achado clínico que sugeria a necessidade de investigação adicional com tomografia computadorizada de crânio, uma vez que apresenta dois fatores de risco conforme a tabela

6.4 apresentada acima:

2 – Suspeita de fratura exposta ou depressiva da cabeça;

9 – Mecanismo perigoso (pedestre atingido por veículo motorizado, ocupante ejetado do veículo, queda de altura maior que 60 cm ou 5 graus;

4 – Dadas as características da doença de sangramento lento e progressivo, com sintomas clínicos tardios, não é infrequente o diagnóstico do hematoma subdural crônico após longos períodos de clínica assintomática;

5 – É possível que a realização de tomografia computadorizada à época do trauma, apesar de conduta mais acertada, não levasse a um diagnóstico da doença, uma vez que os sangramentos são pequenos inicialmente e progredem ao longo do tempo, fazendo efeito de massa após longos períodos. Deste modo, nem mesmo com a conduta de acordo com os padrões atuais garantiria com 100% de chance o diagnóstico;

6 – A não realização da investigação não alterou o curso da doença, uma vez que a necessidade de cirurgia ocorreria somente no eventual aparecimento de sintomas, o que ocorreu após 4 meses;

7 – A falta do diagnóstico inicial não levou a sequelas por parte do requerente, que foi submetido ao mesmo tratamento que seria submetido tivesse sido diagnosticado anteriormente.

8 - A queda palpebral esquerda apresentada no momento atual não guarda relação com a doença ou com seu pós-operatório. Anexou fotos pós-operatórias sem a alteração estética, que provavelmente está relacionada a um surto de sua doença de base – esclerose múltipla.

B – Trauma do joelho esquerdo

1 – Era o Dr Adolfo Basso o responsável pelo atendimento médico referente ao membro inferior esquerdo;

2 – Não há descrição de queixas no joelho nos atendimentos iniciais. Foi realizada radiografia da coxa esquerda, braço e antebraço esquerdo, bacia, crânio, cervical, lombar e tórax;

3 – Diagnóstico da alteração no joelho esquerdo foi evidenciado somente em uma segunda visita ao local, 1 semana após.

4 – Baseado na documentação apresentada e ficha de avaliação, não é possível afirmar que a lesão do joelho esquerdo tenha ocorrido na data do acidente.

5 – Mesmo que a lesão tenha ocorrido na data do acidente, o tratamento do quadro clínico apresentado é sintomático, sendo convertido em cirurgia apenas de maneira eletiva ou

seja, o eventual não diagnóstico do quadro clínico não alterou o decurso da doença que mantém indicação de cirurgia, não realizada até o presente momento. (fl. 1023)

Assim, embora tenha constatado que a investigação de traumatismo craniano no momento era desejável, concluiu-se, considerando as particularidades do caso concreto, que um exame de tomografia na ocasião não resultaria em diagnóstico de hematoma subdural crônico, em virtude da progressão da condição ser lenta e assintomática.

Os sintomas relativos a hematoma subdural crônico apareceram somente quatro meses depois e foram tratados adequadamente através de intervenção cirúrgica.

Quanto à lesão do joelho, que, ressalta-se, não foi objeto de impugnação no recurso de apelação, não foi possível estabelecer que tenha ocorrido na data do acidente e, se o foi, é passível de tratamento através de cirurgia, até o momento não realizada.

Confiram-se os quesitos 8 a 10 formulados pelo apelante e as respostas do perito:

8) Conforme laudos médicos a intervenção cirúrgica poderia ter sido evitada? Se sim, justifique;

8.R: Não. O tratamento do hematoma subdural crônico é a observação e na eventual não reabsorção, bem como repercussão clínica, estaria indicada a cirurgia.

A não realização do diagnóstico na sala de urgência não alterou o decurso da doença.

9) Conforme Laudos médicos o diagnóstico do trauma craniano foi tardio? Se sim, justifique;

9.R: Sim. Somente com exames posteriores em razão das queixas de instabilização do quadro (cefaléia e visão turva)

10) Sr. Perito qual o momento eficaz para o diagnóstico preciso do trauma no crânio? Justifique;

10.R: Como dito na discussão o quadro clínico apresentado demandaria uma investigação adicional com tomografia, segundo as normas do Advanced Trauma Life Support atuais, baseado na tabela 6-4 adicionada a este laudo pericial. Dadas as características da doença de sangramento lento e progressivo, com sintomas clínicos tardios, não é infrequente o diagnóstico do hematoma subdural crônico após longos

períodos de clínica assintomática;

É possível que a realização de tomografia computadorizada à época do trauma, apesar de conduta mais acertada, não levasse a um diagnóstico da doença, uma vez que os sangramentos são pequenos inicialmente e progridem ao longo do tempo, fazendo efeito de massa após longos períodos. Deste modo, nem mesmo com a conduta de acordo com os padrões atuais garantiria com 100% de chance o diagnóstico. (fl. 1024)

O laudo é claro ao estabelecer a ausência de sequelas ou incapacidade laboral advindos dos procedimentos médicos discutidos, sendo possível ao apelante levar uma vida normal (fls. 1017/1018 e 1025/1026).

Ainda aponta que as queixas atuais do apelante podem ser resultado do diagnóstico anterior de esclerose múltipla, que não possui relação com o acidente e posterior atendimento.

Assim, em que pese as alegações do apelante, não foi comprovada a responsabilidade dos apelados pelos danos alegados na inicial, nos termos do art. 373, I, do C.P.C.

Tampouco este trouxe qualquer prova acerca da alegada incapacidade laborativa vinculada ao tratamento ministrado.

Nesse sentido, precedente dessa Câmara de Direito Privado:

APELAÇÃO. INDENIZAÇÃO. ERRO MÉDICO. Sentença de improcedência. Inconformismo do autor. Não acolhimento. Erro médico descartado. Laudo pericial realizado de forma imparcial e bem fundamentado. Constatação de ausência de nexo de causalidade entre o dano e a conduta médica das requeridas. Não restaram caracterizados os elementos ensejadores da responsabilidade civil e dever de indenizar. Sentença mantida. RECURSO DESPROVIDO. (TJSP; Apelação Cível 1009352-56.2021.8.26.0348; Relator (a): Clara Maria Araújo Xavier; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro de Mauá - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 31/01/2025; Data de Registro: 31/01/2025).

Assim, os argumentos trazidos, em sede recursal, não são suficientes para a modificação das conclusões a que chegou o julgador *a quo* a partir da análise do conjunto probatório que aportou aos autos.

4 - Ante o exposto, **NEGA-SE PROVIMENTO AO RECURSO**. Nos termos do art. 85, parágrafo 11, do C.P.C. majoram-se os honorários advocatícios para 15% do valor atualizado da causa, ressalvado o benefício da gratuidade concedido ao apelante.

RONNIE HERBERT BARROS SOARES
RELATOR