



**Centro Universitário de Brasília  
Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais – FAJS  
Curso de Bacharelado em Direito**

**ELOIZA SALES CORREIA**

**RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: o que fazer?**

**BRASÍLIA  
2022**

**ELOIZA SALES CORREIA**

**RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: o que fazer?**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais – FAJS do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

Orientadora: Professora Doutora Karla Margarida Martins Santos

**BRASÍLIA**  
**2022**

**ELOIZA SALES CORREIA**

**RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: o que fazer?**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais – FAJS do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

Orientadora: Professora Doutora Karla Margarida Martins Santos

**BRASÍLIA, 8 DE SETEMBRO DE 2022**

**BANCA AVALIADORA**

---

Professora Doutora Karla Martins Santos  
Orientadora

---

Professor Avaliador – André Pires Gontijo

Dedico esse estudo aos profissionais e estudantes das ciências do Direito e da Saúde que labutam dia e noite, sem poupar esforços em prol da justiça, do bem-estar, e da saúde da população brasileira.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao Buda Nitiren Daishonin pelos seus ensinamentos onde busco as forças e a determinação nas orações e orientações diárias para tornar-me uma pessoa melhor e de valor maior para a sociedade, por meio do trabalho estudos e contínuos esforços. O trabalho dignifica a pessoa humana.

À minha querida filha Ana Luiza Correia de Godoy, que tanto me incentivou e apoiou, com quem compartilho meus mais íntimos sentimentos, a quem amo antes de tudo, minha gratidão eterna. Ao meu falecido pai Edilson Sales Correia, que tanto se alegraria se pudesse presente no transcurso da graduação e conclusão, mas nunca é tarde, pois a vida é eterna, e sei que ele estará sempre presente no meu coração e nas minhas orações. A minha querida mãe, pela sua dedicação e esforço contínuos em minha criação, meu exemplo de mulher guerreira, ativa, sábia e determinada.

Aos meus irmãos, e as minhas queridas e amadas irmãs, Elizabete e Millena, companheiras de todas as horas, obrigada pelo carinho e admiração. E em especial, ao meu falecido irmão, Francisco Carlos Sales Correia, que tanto me apoiou em sua vivência e alegrava minha alma quando conclamava com orgulho: “Dra. Eloiza Sales Correia”.

Às minhas sobrinhas, em especial à Carolina Sales Abraham, muita gratidão pelas sábias palavras, ensinamentos e trocas de ideias acerca desse majestoso Curso de Direito, nunca esquecerei.

Aos meus mestres do UniCeub, a quem dedico extremo carinho e admiração pelas horas dedicadas aos brilhantes ensinamentos jurídicos, me fazendo um ser humano melhor, conhecedora das ciências do Direito. Não citarei os nomes porque são muitos, mas não poderia deixar de citar o especial carinho e admiração à professora Doutora Karla Margarida Martins Santos, a bela musa, de extremada competência, que acompanhou e orientou os passos desse estudo.

E por fim, aos amigos e amigas do Direito e da Enfermagem que pude conhecer nessa longa jornada, com quem compartilhei minhas dúvidas, anseios e experiências, os quais me apoiaram e fizeram desabrochar e crescer nos conhecimentos e nos laços afetivos, imensa gratidão.

## RESUMO

Trata-se de estudo analítico – crítico que busca demonstrar a necessidade de mudanças paradigmáticas no contexto das políticas públicas assistenciais no âmbito da segurança do paciente e do ordenamento jurídico, com a finalidade de mitigar a ocorrência de eventos adversos praticados por profissionais de saúde, que elevam o quantitativo de demandas judiciais de responsabilização civil, constituindo um desafio às autoridades brasileiras. Para tanto, realizou-se pesquisa sociojurídica com abordagens quantitativas e qualitativas, por meio de revisão sistemática da literatura científica, bem como consultas à pesquisa doutrinária, regulatória e jurisprudencial dos Tribunais acerca dos eventos adversos e suas consequências sociais e jurídicas, cujo desfecho é sempre prejudicial aos envolvidos. Ao final, o estudo aponta para o enfrentamento dessas ocorrências, no sentido da revisão necessária do ordenamento jurídico, haja vista a necessidade da instituição de leis ordinárias que vinculem a aplicabilidade das normas e protocolos de segurança do paciente nas instituições de saúde, com foco na adoção da governança clínica, por meio de gerenciamento competente e eficaz, vez que a legislação constitui um mecanismo coercitivo e basilar, bem como as mudanças nas políticas públicas assistenciais destinadas a elevar a qualidade da assistência, e por conseguinte, mitigar o quantitativo de processos judiciais indenizatórios, a fim de proporcionar um atendimento seguro, eficiente e eficaz à população.

**Palavras – chave:** Responsabilidade civil. Políticas públicas. Ordenamento jurídico. Segurança do paciente. Eventos adversos.

## ABSTRACT

This is an analytical and critical study that seeks to demonstrate the need for paradigmatic changes in the context of public policies on patient safety and the legal system, in order to mitigate the occurrence of adverse events practiced by health professionals, which increase the number of civil liability lawsuits, constituting a challenge to Brazilian authorities. To this end, socio-legal research was conducted with quantitative and qualitative approaches, through a systematic review of scientific literature, as well as consultation of doctrinal, regulatory, and case law research from the Courts on adverse events and their social and legal consequences, whose outcome is always harmful to those involved. In the end, the study points to the confrontation of these occurrences, in the sense of the necessary revision of the legal system, considering the need for the institution of ordinary laws that link the applicability of patient safety standards and protocols in health institutions, focusing on adoption of clinical governance, through competent and effective management, since legislation constitutes a coercive and basilar mechanism, as well as changes in public policies aimed at increasing the quality of care, and therefore, mitigate the number of lawsuits for compensation, in order to provide a safe, efficient and effective service to the population.

**Key words:** Civil liability. Public policies. Legal system. Patient Safety. Adverse events.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>1. TEORIA DA RESPONSABILIDADE CIVIL .....</b>	<b>14</b>
1.1 Conceito de Responsabilidade Civil.....	14
1.2 Pressupostos da Responsabilidade Civil.....	15
1.3 Espécies de Responsabilidade Civil .....	15
1.3.1 <i>Responsabilidade Contratual e Extracontratual</i> .....	15
1.3.2 <i>Responsabilidade Subjetiva e Responsabilidade Objetiva</i> .....	16
1.4 Da Prescrição das Ações de Reparação Civil.....	18
<b>2. DA RESPONSABILIDADE CIVIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....</b>	<b>20</b>
2.1 Da Responsabilidade Subjetiva .....	20
2.1.1 <i>Da Obrigação de Meio</i> .....	21
2.1.2 <i>Da Obrigação de Fim ou de Resultado</i> .....	22
<b>3. DA RESPONSABILIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE – SERVIDORES PÚBLICOS E DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.</b>	<b>26</b>
<b>4. DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE.....</b>	<b>28</b>
<b>5. DA RESPONSABILIDADE EMPRESARIAL DAS INSTITUIÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE .....</b>	<b>31</b>
5.1 Da Natureza Jurídica da Responsabilidade Civil das Instituições de Saúde .....	31
5.2 Da aplicabilidade do CDC na responsabilização civil das instituições de saúde.....	32
<b>6. DO RISCO INERENTE ÀS ATIVIDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DO CONSENTIMENTO INFORMADO.....</b>	<b>38</b>
<b>7. DO SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL.....</b>	<b>41</b>
<b>8. ASPECTOS SOCIOJURÍDICOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE.....</b>	<b>43</b>
8.1 Fatores Associados que Fomentam os Eventos Adversos e as Ações Judiciais Reparatórias.....	43
8.2 Das Políticas Preventivas e das Mudanças dos Paradigmas.....	44
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>



## INTRODUÇÃO

O elevado número de acidentes provocados por erros técnicos praticados por profissionais, no âmbito da assistência à saúde, denominados de eventos adversos, levam ao aumento progressivo de processos judiciais reparatórios por responsabilização civil, nas diversas instâncias jurisdicionais brasileiras, o que chama a atenção da sociedade e dos envolvidos, especialmente, quando esse cenário se converge ao mundo jurídico. Desse modo, se torna necessária a investigação das causas geradoras desses eventos, bem com a análise crítica metodológica dos instrumentos e mecanismos adotados, hodiernamente, nas políticas públicas relacionadas aos riscos institucionais e à segurança do paciente, no sentido de refletir sobre as atitudes que poderão ser tomadas, a fim de mitigar essas ocorrências.

Nesse seguimento, será imprescindível a análise do ordenamento jurídico brasileiro, e à sua aplicação efetiva em relação às normas relacionadas à segurança do paciente, à gestão de risco institucional e à acreditação de instituições de saúde, com vistas à prevenção e à mitigação da ocorrência dos eventos adversos.

Com relação aos erros provocados culposamente pelos profissionais de saúde no exercício de suas funções, considera-se que estes poderão vir a responder processos de responsabilidade civil, penal, ética e administrativa, sendo objeto desse estudo somente os primeiros.

Nesse contexto, a fim de demonstrar a situação brasileira, antes da COVID-19, segundo as observações de Couto et al<sup>1</sup>, as estatísticas brasileiras são alarmantes, constituindo-se em verdadeira epidemia em crescimento, ou seja, é elevadíssimo o número de óbitos e sequelas decorrentes de eventos adversos graves, ocasionados por erros ou falhas assistenciais, processuais, infecções ou outros fatores, os quais provocaram no ano de 2017, a média de até seis óbitos por hora, destacando ser ainda incipiente o número de notificações abrangendo essas questões.

---

<sup>1</sup> COUTO et al. **II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil**: propondo as prioridades nacionais. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://www.iess.org.br/biblioteca/anuario-e-pareceres/anuario-da-seguranca-hospitalar/2o-anuario-da-seguranca-assistencial>. Acesso em: 12. Nov. 2021.

De acordo com o estudo mencionado, estima-se que no Brasil há uma média 104.187 a 434.112 óbitos ao ano, que podem estar associados a eventos adversos assistenciais hospitalares. Trata-se, portanto, da 5ª (quinta) causa de mortes em ambientes hospitalares, precedidos, tão somente, por doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório.

Não obstante, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), publicou o Relatório Justiça em Números 2017 – ano base 2016, e os resultados mostram que tramitaram 57.739 processos relativos à erros médicos na justiça brasileira, e 98.579 processos relativos à tratamentos médico-hospitalares. Se comparados aos resultados do ano base 2015, em que tramitaram 38.810 processos de erros médicos e de 60.696 de processos relativos à tratamentos médico-hospitalares, denota-se um aumento de 49% e de 62%, respectivamente. Em outros termos, as ações judiciais continuam crescendo e a judicialização da saúde segue o mesmo ritmo, constituindo um grande desafio às autoridades de saúde brasileiras. Para melhor entendimento, vide planilha comparativa relativa aos dados apresentados pelo CNJ, nos anos de 2016 e 2017<sup>2</sup>, no Anexo A, desse estudo. Importante salientar que nos relatórios supervenientes (período de 2018 a 2022), esses dados específicos não foram divulgados pelos relatórios do CNJ.

Por seu turno, em estudo científico, Gomes e Delduque<sup>3</sup>, apresentam dados emitidos pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal (TJDFT) no período de 2013 a 2015, e revelam que, no âmbito dessa jurisdição, a especialidade médica com maior números de processos indenizatórios decorrentes de erros médicos foi a Ginecologia e Obstetrícia, com a abertura de 45 (quarenta e cinco) processos no período referenciado, seguida pela Cirurgia Geral, com 39 (trinta e nove) processos, constituindo os percentuais de 22,28% e 19,31%, respectivamente, do total de processos indenizatórios gerados por erros médicos, na capital federal. No período mencionado, a Odontologia concorreu com o número de 7 (sete) processos, representando um percentual de 3,47%, e a Enfermagem e a Anestesiologia com 3 (três) processos, para cada uma dessas especialidades, perfazendo os percentuais de 1,49%, para ambos, estando empatados nos 11º e 12º lugares, respectivamente, entre todas as ocorrências de processos indenizatórios

---

<sup>2</sup> JUDICIALIZAÇÃO da saúde no Brasil em números. **Ipog Blog**, 20 nov. 2017. Disponível em: [https://blog.ipog.edu.br/saude/judicializacao-da-sade-em-numeros/?utm\\_source=blogpost&utm\\_campaign=blogpost](https://blog.ipog.edu.br/saude/judicializacao-da-sade-em-numeros/?utm_source=blogpost&utm_campaign=blogpost). Acesso em: 18 jun. 2022.

<sup>3</sup> GOMES, Talita Rodrigues; DELDUQUE, Maria Célia. O erro médico sob olhar do judiciário: uma investigação no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 6, n.1, p. 72-85, jan./mar. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/eloiz/Downloads/ojsadmin,+4+362-1213-1-RV-talita.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2022.

gerados por erros médicos. Para maiores esclarecimentos, vide a planilha no anexo B, desse estudo.

Esses resultados demonstram a realidade dos tribunais brasileiros com relação ao quantitativo de demandas judiciais relativas ao setor de saúde, apontando que as políticas públicas têm que ser revistas e o diálogo entre o Governo, o Poder Judiciário e sociedade precisam ser estabelecidos, com a finalidade de que sejam encontradas soluções sustentáveis para o sistema de saúde brasileiro. Couto, Pedrosa e Rosa<sup>4</sup> asseveram que:

Os eventos adversos assistenciais hospitalares são uma das principais causas da escassez de recursos nos sistemas de saúde no mundo, sendo responsáveis por cerca de 30% (trinta por cento) de custos globais com saúde nos Estados Unidos da América e na Nova Zelândia. No Brasil, na saúde suplementar, esses eventos adversos consomem de R\$ 5,19 bilhões a R\$ 15,57 bilhões de reais, não havendo, no entanto, dados para estimativas do Sistema Único de Saúde (SUS), vez que os valores das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), documentos que servem para a identificação do paciente e dos serviços prestados sob regime de internação hospitalar, com a finalidade de gerar os pagamentos aos estabelecimentos de saúde, não fazem a diferenciação entre a assistência normalmente prestada e aquela prolongada em decorrência de eventos adversos.

Chama-se a atenção, portanto, para a necessidade de uma reflexão crítica e construtiva no contexto das políticas públicas e no refinamento do ordenamento jurídico, no sentido do cumprimento das metas e condições essenciais para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com base nos princípios e normas regulatórios brasileiros, tais como: a Constituição Federal de 1988 (CFRB/88), as normas emanadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS), Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Nesse contexto, é importante asseverar que a temática em questão sirva, não só para ampliar o exercício da cidadania e da humanização no atendimento, como, também, seja destinada a promover uma assistência segura, eficaz e qualificada. Para tanto, por meio desse estudo analítico-crítico, pretende-se demonstrar a necessidade de mudanças paradigmáticas no contexto das políticas públicas de segurança do paciente, e do ordenamento jurídico brasileiro,

---

<sup>4</sup> COUTO, R.C.; PEDROSA, T.G.M.; ROSA, M. B. **Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil: erros acontecem**, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <https://www.iess.org.br/biblioteca/anuario-e-pareceres/anuario-da-seguranca-hospitalar/erros-acontecem-forca-da-Estudo-eventos-adversos-no-Brasil-2016.pdf> (ismp-brasil.org). Acesso em: 30 maio 2022.

a fim de mitigar a ocorrência de eventos danosos e, por conseguinte, a diminuição do quantitativo das demandas judiciais reparatórias.

Outro ponto importante, objeto desse estudo, é contribuir para o esclarecimento às autoridades, gestores, juristas, profissionais de saúde, estudantes e, principalmente, à sociedade, de que a cultura punitiva adotada, até o presente momento, não tem sido resolutiva e eficaz, tendo em vista o crescente aumento do quantitativo de processos judiciais decorrentes de erros em procedimentos técnicos. Ao contrário, o atual sistema de saúde pública, prevalentemente punitivo, necessita de mudanças essenciais, haja vista que os processos judiciais indenizatórios são “apenas” a ponta do iceberg.

É preciso sensibilizar as autoridades competentes, a fim de direcionar seus interesses às necessárias mudanças paradigmáticas nas políticas públicas da cultura da segurança do paciente, que serão discutidas no decorrer desse estudo. Assim, insta destacar a importância da análise dos dados e dos problemas enfrentados por parcela relevante de usuários do sistema de saúde brasileiro, com a finalidade de certificar as medidas necessárias a mitigar as alarmantes estatísticas de erros, com a finalidade de gerar o empoderamento do cliente, representado pelos usuários, financiadores e adquirentes de planos de saúde públicos e privados. Todos esses, sem dúvidas, sairão ganhando.

Para melhor compreensão do tema, objeto desse estudo, o trabalho está estruturado em oito capítulos. Apresenta-se, inicialmente, a Teoria da Responsabilidade Civil com a descrição de sua conceituação e os seus pressupostos, com enfoque na classificação doutrinária e legal de suas espécies que abrangem a responsabilidade civil extracontratual, na qual estão inseridas as subespécies de natureza subjetiva e objetiva, bem como a responsabilidade contratual, conforme abordada por Cavalieri Filho<sup>5</sup>, em quadro sinótico constante no anexo C, desse estudo. Em seguida, será abordada a temática sobre a prescrição das ações de reparação civil.

Após a exposição dos conceitos gerais, adentramos no capítulo dois, sobre a responsabilidade civil dos profissionais de saúde, especificando sobre a natureza da responsabilidade civil subjetiva e objetiva, abordando, nesse contexto, a teoria das obrigações de meio e de resultado, concernentes a esses profissionais. Posteriormente, no capítulo três serão apresentados os aspectos relativos à responsabilidade civil dos profissionais de saúde –

---

<sup>5</sup> CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2022. p. 34.

servidores públicos e sobre as instituições de saúde pertencentes à administração pública e privada. No capítulo quatro abordaremos sobre a responsabilidade no âmbito da equipe multiprofissional.

Nesses capítulos e nos demais, com a finalidade de fundamentação, para melhor entendimento do leitor, serão demonstradas as decisões relativas às demandas judiciais exaradas pelos tribunais superiores, bem como os aspectos legais e normativos inerentes ao tema central. Nesse sentido, serão demonstrados os elementos normativo jurídicos referentes às categorias médicas e de enfermagem, os quais se referem, também, às demais categorias de profissionais de saúde, haja vista, o dimensionamento do presente estudo.

Logo após, no capítulo cinco, adentraremos especificamente na responsabilidade civil – empresarial das instituições de saúde (IS), com a descrição de sua natureza jurídica, aspectos doutrinários e a legislação infraconstitucional concernentes ao assunto abordado nesse capítulo; Nos capítulos seis e sete serão abordados os elementos sobre a teoria dos riscos inerentes às atividades exercidas pelos profissionais de saúde, a importância do consentimento informado, e o seguro de responsabilidade civil dos profissionais.

Finalizando, no capítulo oito serão abordados os aspectos sociojurídicos da segurança do paciente, foco central desse estudo, onde serão descritos os fatores associados ao fomento dos eventos adversos e das ações civis reparatórias, bem como sobre os parâmetros relativos às mudanças de paradigmas, necessárias ao enfrentamento do grave cenário em que se encontram a saúde pública e privada brasileira, com o objetivo de mitigar o quantitativo de eventos danosos e as demandas judiciais reparatórias.

A metodologia adotada, no presente estudo, tem como escopo a pesquisa sociojurídica, de uma abordagem quantitativa e qualitativa, por meio de coleta e revisão sistemática de literaturas relacionadas à segurança do paciente, publicadas em periódicos, revistas eletrônicas e sites oficiais de sociedades científicas, com a busca ordenada por meio de artigos científicos afetos ao tema em questão, bem como a consulta à pesquisa doutrinária, regulatória e jurisprudencial, em que foram compulsados os autos de diversas ações reparatórias, por meio de *software* e da internet, nos sites do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT), do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e do Supremo Tribunal Federal (STF), com a finalidade de melhor fundamentar as assertivas perquiridas, no que se refere às ocorrências de eventos adversos e suas consequências jurídicas.

## 1 TEORIA DA RESPONSABILIDADE CIVIL

Para melhor entendimento da Responsabilidade Civil dos Profissionais de Saúde, é necessário um breve delineamento de sua conceituação, natureza jurídica e das espécies de responsabilidade a que estão compelidos esses profissionais e as instituições de saúde públicas e privadas, com as quais esses profissionais mantêm, ou não, vínculos empregatícios, bem como em relação à legislação pertinente ao tema abordado. Nestas estão inseridas a Constituição Federal de 1988 (CFRB/88), o Código Civil de 2002- Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (CC), e o Código de Defesa do Consumidor- Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (CDC), jurisprudências pacificadas, temas e teses dos Tribunais Superiores, então vigentes, aplicáveis especificamente ao tema abordado.

Vale lembrar que a teoria da responsabilidade civil integra o direito das obrigações, vez que a consequência da prática de um ato ilícito enseja a obrigação de reparar o dano, o que está previsto nos artigos 186, 927, 402 e 403, do CC, e nos artigos 12 e 14, do CDC, cuja reparação possa se dar no âmbito dos danos materiais (danos emergentes e/ou lucros cessantes), cumulada ou não com danos morais e/ou estéticos, ou seja, de acordo com o caso concreto, com a finalidade de ressarcir o prejuízo experimentado pela vítima.

### 1.1 Conceito de Responsabilidade Civil

Para Gonçalves<sup>6</sup>, a responsabilidade civil é a consequência jurídica de eventual descumprimento ou inadimplemento de uma obrigação pelo seu devedor, a qual deveria ter sido cumprida espontaneamente, vindo a gerar um dano a outrem. Dessa forma, “ela se destina a restaurar o equilíbrio moral e patrimonial provocado pelo autor do dano para restabelecer a harmonia e o equilíbrio violados, constituindo-se em fonte geradora da responsabilidade civil”.

Acrescenta Cavalieri que “a responsabilidade civil opera a partir do ato ilícito, com o nascimento da obrigação de indenizar, que tem por finalidade tornar *indemne* o lesado”<sup>7</sup>. Ou seja, deve proporcionar à vítima a condição para que fique ileso, incólume, ou salvo, na situação em que estaria, se não houvesse ocorrido o fato danoso, obedecendo aos princípios constitucionais da razoabilidade e proporcionalidade. Portanto, ela se destina a restaurar o

---

<sup>6</sup> GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**. v. 4: responsabilidade civil. 16 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021. p.19-20 e 53.

<sup>7</sup> CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2022. p. 13 e 19.

equilíbrio material e moral da vítima, provocado pelo autor do dano. A apuração da responsabilidade civil exige que estejam presentes os seus pressupostos a seguir delineados.

## 1.2 Pressupostos da Responsabilidade Civil

Os pressupostos da responsabilidade civil compreendem a conduta comissiva ou omissiva, o nexo de causalidade e o dano. Porém, há divergências na doutrina em relação aos elementos estruturais da responsabilidade civil. Silvio de Salvo Venosa, Flávio Tartuce e Carlos Roberto Gonçalves incluem a culpa como elemento integrante da responsabilidade civil, entendendo que são quatro os pressupostos: a conduta, a culpa *latu sensu*, o nexo causal e o dano ou prejuízo. Já Maria Helena Diniz e Sérgio Cavalieri, apontam que são três elementos, conforme exposto alhures: a conduta (comissiva ou omissiva), o dano e a relação de causalidade havida entre os dois primeiros pressupostos. Ao existirem os pressupostos, a responsabilidade civil se classifica e se subdivide conforme a sua natureza, a seguir demonstradas.

## 1.3 Espécies de Responsabilidade Civil

Em que pese o rigor formal em que se atribua a responsabilidade entre agentes, as quais nem sempre têm os mesmos fundamentos, nos subtópicos a seguir, serão tratadas as classificações da responsabilidade civil concernentes aos profissionais de saúde.

### 1.3.1 Responsabilidade Contratual e Extracontratual

Responsabilidade contratual é aquela quando há violação de dever jurídico criado entre as partes no contrato, ou seja, decorrente de uma lesão a um negócio jurídico firmado entre as partes, onde já há uma relação jurídica preexistente. Segundo Tartuce<sup>8</sup>, decorre de inadimplemento de uma obrigação e estão fundadas nos artigos 389, 390 e 391, do CC.

Já, a responsabilidade extracontratual ou aquiliana exsurge devido a lesão a direito subjetivo entre o ofensor e a vítima, sem que preexista qualquer relação jurídica que a possibilite. Ela decorre da lei ou de preceito geral do Direito. Deve-se se ressaltar, que esses dois tipos de responsabilidade têm simbiose, visto que as regras para responsabilidade

---

<sup>8</sup> TARTUCE, Flávio. **Manual de direito civil**. v. único. 9 ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2019. p. 422 e 436.

contratual, previstas nos artigos 393, 402 e 403, do CC, também podem ser aplicadas à responsabilidade extracontratual.

### 1.3.2 Responsabilidade Subjetiva e Responsabilidade Objetiva

Em face da teoria clássica, a responsabilidade subjetiva tem como pressuposto principal a culpa. Nessa concepção, a responsabilidade do ofensor, causador do dano, somente vai ser afigurada se, comprovadamente, agiu com culpa ou dolo (culpa *in lato sensu*), tal como exposto nos artigos 186 (baseada no ato ilícito), e 187 (baseada no abuso de direito), do CC, *in verbis*:

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.

Não obstante, a culpa *in lato sensu*, exposta no artigo 186, desse diploma legal, engloba o dolo e a culpa *in strictu sensu*, a qual pode ser praticada por negligência, imprudência ou imperícia.

Pois bem, em havendo culpa ou dolo, o ofensor, causador do ato ilícito, deverá indenizar a vítima, conforme previsto no caput do artigo 927, do CC, *in verbis*:

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

Já a responsabilidade objetiva independe da comprovação da culpa ou dolo. Esses elementos podem ou não estar presentes na conduta, pois são irrelevantes para a configuração do dever de indenizar. É indispensável, somente, a verificação da relação de causalidade, denominada de nexos causal, entre a conduta e o dano, prescrita, dessa forma, no parágrafo único, do artigo 927, do CC, que, assim, estabelece:

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**, bem como o que se referem os artigos 12 e 14, *caput*, do CDC. (g.n.)

A responsabilidade objetiva é fundada na teoria do risco, e conforme destaca Tartuce<sup>9</sup>, dentro de suas principais modalidades está a teoria do risco da atividade, em que estão inseridos

---

<sup>9</sup> TARTUCE, Flávio. **Manual de direito civil**. v. único. 9 ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2019. p. 490-491.



as instituições e os profissionais de saúde. É quando a atividade cria riscos para terceiros, o que se enquadra, inclusive, no parágrafo único, do artigo 927, do CC. Há que se ressaltar a teoria risco-proveito, adotada nas situações em que o risco decorre de atividade lucrativa, ou seja, o agente retira um proveito do risco criado, como, v.g., nos casos envolvendo riscos de um produto. Temos como exemplo: uma empresa farmacêutica que coloca no mercado novo produto que ainda está em fase de testes, ou mesmo, pelo fato do serviço, quando ele é defeituoso, cujos regramentos estão insertos nos artigos 12 e 14, do CDC.

Cabe mencionar a existência de outras teorias da responsabilidade civil objetiva, que por limitação do espaço e do escopo desse trabalho, não serão aqui detalhadamente discutidas. São elas: a teoria do risco administrativo (art. 37, § 6º, da CFRB/88, art. 43, do CC e art. 22 *caput*, e parágrafo único do CDC); a teoria do risco criado (art. 938, do CC); e, a teoria do risco integral (art. 225, § 3º, da CFRB/1988, art. 14, da Lei 6.938/1981, art. 21, XXIII, da CFRB/1988), e as Leis 10.309/2001, e 10.744/2003. Na ocorrência de aplicabilidade da teoria do risco administrativo, e da teoria do risco integral, o Estado é garantidor e tem o dever de indenizar, de qualquer forma, a vítima.

Com relação à responsabilidade subjetiva, Gonçalves<sup>10</sup> afirma que subsiste a responsabilidade subjetiva como regra necessária, sem prejuízo da adoção da responsabilidade objetiva, contida, inclusive, em dispositivos vários e esparsos, tais como os artigos 936, 937 e 938, do CC, que tratam respectivamente da responsabilidade do dono do animal, do dono do prédio em ruína e do habitante do prédio do qual caírem coisas.

Não obstante, em razão do objeto do presente estudo, convém citar os artigos 932, III e 933, do CC, os quais tratam da responsabilidade dos empregadores por ato de terceiros, ou seja, de seus empregados. Nesse sentido, as instituições de saúde respondem, em regra, objetivamente por ato ilícito praticado por seus empregados e prepostos, conforme se verá adiante, sem prejuízo das leis sancionadas, as quais também abrangem a responsabilidade civil objetiva, dentre elas: o CDC, ou seja, a Lei 8.078, de 1990 (artigos 12 e 14).

---

<sup>10</sup> GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**, v. 4: responsabilidade civil. 16 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021. p.50-51.

Como veremos adiante, cumpre mencionar que o entendimento sobre a responsabilidade objetiva das instituições de saúde pode sofrer alterações, no que se refere às decisões dos Tribunais Superiores, ou seja, sua análise dependerá do caso concreto.

#### 1.4 Da Prescrição das Ações de Reparação Civil

O artigo 189, do CC, consagra o princípio da teoria da *actio nata*, de viés subjetivo, segundo a qual a prescrição só começa a correr após a efetiva lesão do direito. Reza esse dispositivo legal:

Art. 189. Violado o direito, nasce para o titular a pretensão, a qual se extingue, pela prescrição, nos prazos a que aludem os arts, 205 e 206.

A prescrição consiste, porquanto, na extinção da pretensão pelo decurso do tempo, cujo termo inicial dar-se-á a partir do conhecimento da lesão, momento em que haverá possibilidade ao respectivo titular, o exercício eficaz do direito de ação. Ensinam Farias e Rosenvald<sup>11</sup>:

A tese da *actio nata*, reconhecida jurisprudencialmente, para nortear determinados casos específicos, pode melhor orientar a questão, a depender das circunstâncias subjacentes. [...] **a depender do caso concreto, o início da fluência do prazo prescricional deve decorrer não da violação, em si, a um direito subjetivo, mas, sim, do efetivo conhecimento da violação ou lesão ao direito subjetivo pelo respectivo titular.** (g.n.)

Dessa forma, a obrigação de indenizar começa a partir do conhecimento inequívoco da lesão ou da violação do direito, ou seja, é o termo inicial da prescrição para as ações reparatórias.

Nas relações extracontratuais o prazo prescricional para ações reparatórias é de três anos, conforme previsão do art. 206, § 3º, V, do CC. Já para as relações contratuais, aplica-se o prazo decenal, previsto no art. 205, do mesmo diploma legal, para os casos de reparação civil com base em inadimplemento contratual, conforme leciona Cavalieri Filho<sup>12</sup>.

Vale registrar que no âmbito da relação consumerista, o art. 27, do CDC, reconhece o prazo prescricional de cinco anos para a propositura de reparação de danos causados por acidente de consumo decorrente de fato do produto ou do serviço.

---

<sup>11</sup> FARIAS, C. A.; ROSENVALD, N. **Curso de direito civil**, v. 1. 16. ed. rev., ampl. e atual. Salvador: Juspodium, 2018. p. 776-777.

<sup>12</sup> CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2022. p. 179-181.

Igualmente, a Lei 9.494, de 10 de setembro de 1997, que Disciplina a aplicação da tutela antecipada contra a Fazenda Pública, altera a Lei 7.347, de 24 de julho de 1985, e dá outras providências<sup>13</sup>, traz em seu art. 1º-C, a prescrição em cinco anos do direito à indenização dos danos causados por agentes de pessoas jurídicas de direito público e de pessoas jurídicas de direito privado, prestadoras de serviço público.

Por conseguinte, conforme afirma Cavalieri Filho<sup>14</sup>, “temos, assim três normas legais vigentes, cada qual com campo próprio de incidência, o que caracteriza o chamado diálogo das fontes”.

Vale lembrar, que a prescrição das ações reparatorias decorrentes de danos causados aos pacientes, em razão de erros praticados por profissionais de saúde ou pelas respectivas instituições de saúde, objetos desse estudo, poderão se enquadrar em qualquer dos três dispositivos legais citados alhures, em conformidade com o caso concreto.

---

<sup>13</sup> BRASIL, **Lei nº 9.494, de 10 de setembro de 1997**. Disciplina a aplicação da tutela antecipada contra a Fazenda Pública, altera a Lei 7.347, de 24 de julho de 1985, e dá outras providências. Brasília, 1997. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19494.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19494.htm). Acesso em: 30 maio 2022.

<sup>14</sup> CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2022, a. p. 186.

## 2 DA RESPONSABILIDADE CIVIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os profissionais de saúde elencam as profissões cujo exercício regular e legal vão desde a sua diplomação em cursos técnicos ou universitários, até a sua devida inscrição em seus respectivos órgãos de classe, pertencendo às categorias diferenciadas, regidas por lei ou estatuto próprio, inserindo-se, porquanto, nas profissões regulamentadas por lei. São denominados de profissionais liberais, exercendo seu labor na qualidade de empregado ou de empresário, empregador desses profissionais.

Consoante o que diz Cavalieri<sup>15</sup>, os princípios pertinentes à responsabilidade civil atinente à categoria médica, se aplicam às profissões assemelhadas ou afins, como: farmacêuticos, enfermeiros, odontólogos, fisioterapeutas, nutricionistas etc. Como prestadores de serviços, têm responsabilidade civil subjetiva, nos moldes do artigo 14, § 4º, do CDC, e dos artigos 186 e 927, *caput*, do CC, desde que atuem como profissionais liberais.

Já a responsabilidade objetiva, aplicável em alguns casos aos empregadores desses profissionais, ou às instituições de saúde públicas ou privadas, independe da verificação da culpa ou do dolo, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano, implicar, por sua natureza, riscos para os direitos de outrem, nos termos do parágrafo único, do art. 927, do CC, e do art. 14, *caput*, do CDC, como veremos a seguir.

### 2.1 Da Responsabilidade Subjetiva

A responsabilidade civil dos profissionais de saúde, geralmente, é subjetiva, enquanto forem estes profissionais liberais. Em análise às categorias médica e de enfermagem, denota-se que aplicar-se-ão os mesmos regramentos às profissões assemelhadas da área de saúde. Sob o ponto de vista da responsabilidade civil, a diferenciação básica entre essas categorias e as demais profissões exercidas na área de saúde, dar-se-á pela espécie de obrigação por eles exercida, se de meio ou de fim, examinando-as por meio de dois ângulos distintos: a) se decorre de direta prestação de serviço por profissional liberal, ou, b) se decorre da prestação de serviço empresarial, exercida nos moldes de organizações hospitalares, clínicas, casas de saúde, bancos de sangue e laboratórios clínicos.

---

<sup>15</sup> CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2022, b. p. 469.

Importante salientar que a natureza contratual desses profissionais é *sui generis*, tendo em vista que é inegável haver um contrato entre o cliente e o profissional, embora, na maioria das vezes, este ocorra de forma tácita. No entanto, convém ressaltar que estes profissionais não podem comprometer-se à cura do paciente, i.e., dependendo da atividade por eles exercida, não têm obrigação de resultado, com exceção dos profissionais atuantes na área de estética, como, v.g., na cirurgia plástica. Deverão, contudo, tratar seus clientes de forma zelosa, utilizando-se de recursos adequados, proporcionando cuidados seguros e conscienciosos.

### 2.1.1 Da Obrigação de Meio

A obrigação de meio é assumida, de sorte que se o tratamento não produzir o efeito esperado, não há que se falar em inadimplemento contratual. Esses profissionais somente serão responsabilizados em ações reparatórias, caso seja provada qualquer modalidade de culpa por: negligência, imprudência ou imperícia, conforme estabelecido no art. 951, do CC.

Este dispositivo delimita a atividade dos profissionais de saúde, na modalidade subjetiva, senão vejamos:

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. (g.n.)

Segundo Gonçalves<sup>16</sup>, “Diz-se que a obrigação é de meio quando o devedor promete empregar seus conhecimentos, meios e técnicas para obtenção de determinado resultado, sem, no entanto, responsabilizar-se por ele”.

Posto isso, a responsabilidade desses profissionais é subjetiva e com culpa a ser provada, cabendo ao paciente ou a sua família provar a culpa do profissional. Nesse mesmo sentido dispõe o § 4º, do art. 14, do CDC, *in verbis*: “a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”, tendo em vista ser o profissional de saúde um prestador de serviços, submetendo-se, portanto, ao regramento do CDC, sem prejuízo dos dispositivos legais pertinentes ao tema, contidos no CC, em respeito ao diálogo das fontes.

Face a complexidade técnica da prova da culpa, poderá o juiz inverter o ônus da prova, em favor do cliente, nos termos do art. 6º, VIII, do CDC, considerando os requisitos da verossimilhança (presunção da verdade das alegações do cliente) e da hipossuficiência, não apenas econômica, mas, também, técnica, de acordo com os precedentes do Superior Tribunal

---

<sup>16</sup> GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**, v.2: teoria geral da obrigações. 16 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019. p.194.

de Justiça (STJ), contidos, no Recurso Especial nº 1540580/DF<sup>17</sup>, contido no anexo D desse estudo. O profissional deverá demonstrar ter agido com respeito às orientações técnicas aplicáveis, trazendo à baila o princípio da igualdade substancial entre as partes, suprindo, desse modo, a inferioridade da parte hipossuficiente, nos termos do artigo 139, I, do CPC, e do artigo 5º, LV, da CFRB/1988, conforme explana Cavalieri<sup>18</sup>.

O profissional de saúde responde, também, por condutas omissivas relacionadas à assistência e aos cuidados indispensáveis aos seus clientes, nos casos em que há o dever jurídico de ação, e o profissional se omite e nada faz, gerando o dano.

### **2.1.2 Da Obrigação de Fim ou de Resultado**

Quando a obrigação é de resultado, o devedor somente se desonera quando o fim prometido é alcançado. Quando isso não ocorre, ele é considerado inadimplente, devendo responder pelos prejuízos decorrentes do insucesso. É o caso dos profissionais que trabalham com procedimentos de natureza estética: cirurgiões plásticos, dermatologistas, enfermeiros esteticistas, odontólogos, biomédicos e fisioterapeutas, já inseridos nesse mercado de trabalho, por meio de suas respectivas leis do exercício profissional, ou por meio das resoluções publicadas pelos seus respectivos conselhos de classe, o que tem sido objeto de discussões judiciais. Vale lembrar que, também, estão inseridos na obrigação de resultado os serviços radiológicos e os laboratórios clínicos.

Contudo, há que se ressaltar, que as cirurgias corretivas, decorrentes de deformidades físicas congênitas ou traumáticas, constituem-se em atividade de meio, conforme explana Cavalieri<sup>19</sup>:

O paciente como sói acontecer, tem o rosto cortado, às vezes deformado, em acidente automobilístico; existem pessoas que nascem com deformidades e outras com defeitos físicos, sendo, então recomendável a cirurgia plástica corretiva. Nesses casos, por mais competente que seja, o médico nem sempre pode garantir, nem pretender eliminar completamente o defeito. Sua obrigação, por conseguinte, continua sendo de meio.

---

<sup>17</sup> BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. **REsp 1540580/DF**. Quarta Turma. Recorrentes: Dimas Pereira e Abrahao; Lindalva Gonçalves Abrahao; Tiago Barboza Abrahao. Recorridos: Sociedade Beneficente De Senhoras Hospital Sírio Libanês; Clínica Paulista de Neurologia e Neurocirurgia Ltda; Manoel Jacobsen Teixeira. Relator: Min. Luis Felipe Salomão: AgRg no Ag 969.015/SC. Relatora: Min. Maria Isabel Gallotti. Brasília, 2, de agosto de 2018. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/621592003/recurso-especial-resp-1540580-df-2015-0155174-9/inteiro-teor-621592011>. Acesso em: 10 jun. 2022.

<sup>18</sup> CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2022. p. 452-453.

<sup>19</sup> CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2022. p. 458.

Em contrapartida, nas cirurgias ou procedimentos estéticos embelezadores, o profissional assume a obrigação de resultado, pois se compromete a proporcionar ao cliente o resultado pretendido. O ponto nodal dessa questão reside no dever de informar ao cliente quanto à possibilidade ou não do resultado pretendido e os riscos que poderão advir dos procedimentos a serem realizados, ressaltando que, com esse documento elaborado, inclusive, de forma expressa, poderá haver respaldo judicial, a fim de, possivelmente, elidir a culpa do profissional, o que será exposto adiante.

Assim, a obrigação dos profissionais que realizam procedimentos estéticos e/ou cirurgias estéticas embelezadoras, continua sendo de resultado, sendo-lhes aplicado as regras da responsabilidade subjetiva. Nesse caso, há presunção de culpa, inserindo-se aí, o § 4º, do art. 14, do CDC, cabendo-lhes elidir essa presunção mediante prova de fatores imponderáveis, capazes de afastar o seu dever de indenizar, como, v.g., a ocorrência de motivo de força maior, caso fortuito externo, fato de terceiro ou de culpa exclusiva da vítima, as quais possuem força liberatória, pois rompem o nexo de causalidade entre a conduta (serviço prestado pelo profissional) e o dano ocorrido. Havendo, *a priori*, a inversão do ônus da prova, asseverada no art. 6º, VIII, do CDC, o que possibilita ao profissional demonstrar, pelos meios de prova em direito admitidos, que o evento danoso não ocorreu em decorrência de sua culpa.

O atual posicionamento do Superior Tribunal de Justiça (STJ) é assente nesse sentido, sintetizado no REsp 1.180.815/MG<sup>20</sup>. Senão vejamos:

RECURSO ESPECIAL. RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO. ART. 14 DO CDC. CIRURGIA PLÁSTICA. OBRIGAÇÃO DE RESULTADO. CASO FORTUITO. EXCLUDENTE DE RESPONSABILIDADE.

1. Os procedimentos cirúrgicos de fins meramente estéticos caracterizam verdadeira obrigação de resultado, pois neles o cirurgião assume verdadeiro compromisso pelo efeito embelezador prometido. 2. **Nas obrigações de resultado, a responsabilidade do profissional da medicina permanece subjetiva. Cumpre ao médico, contudo, demonstrar que os eventos danosos decorreram de fatores externos e alheios à sua atuação durante a cirurgia.** 3. Apesar de não prevista expressamente no CDC, a eximente de caso fortuito possui força liberatória e exclui a responsabilidade do cirurgião plástico, pois rompe o nexo de causalidade entre o dano apontado pelo paciente e o serviço prestado pelo profissional. 4.

---

<sup>20</sup> BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. **REsp 1.180.815/MG**. Terceira Turma. Recorrente: Fernanda de Souza Panta. Recorrido: Carlos Fernando Hudson Nascimento. Relatora: Min. Nancy Andrighi, Brasília, 26 de agosto de 2010. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/15932146/recurso-especial-resp-1180815-mg-2010-0025531-0/inteiro-teor-16827834>. Acesso em: 30 mar. 2022.

**Age com cautela e conforme os ditames da boa-fé objetiva o médico que colhe a assinatura do paciente em “termo de consentimento informado”, de maneira a alertá-lo acerca de eventuais problemas que possam surgir durante o pós-operatório. (g. n.)**

Malsucedido o procedimento, exsurge o dever de indenizar. Gonçalves<sup>21</sup> pondera que “a indenização abrange, geralmente, todas as despesas efetuadas (danos materiais ou emergentes), lucros cessantes, danos morais e danos estéticos”, podendo estes se cumularem, de acordo com o caso concreto. Nesse sentido, vale mencionar a Súmula 37, de 26 de agosto de 2009, do STJ<sup>22</sup> *in verbis*: “São cumuláveis as indenizações por dano material e dano moral oriundos do mesmo fato”, bem como a Súmula 387, de 1º de setembro de 2009, desse egrégio Tribunal<sup>23</sup>, *in verbis*: “É lícita a cumulação das indenizações de dano estético e dano moral”.

A responsabilidade subjetiva só abrange a responsabilidade pessoal do profissional liberal, não favorecendo a pessoa jurídica na qual ele trabalha como empregado, ou faça parte de sociedade empresarial. Dessa forma as pessoas jurídicas de direito privado respondem objetivamente por danos causados aos seus clientes, nos termos dos artigos 932, III, 933, e do parágrafo único, do artigo 927, do CC, e dos artigos 12 e 14, *caput*, do CDC, conforme veremos a seguir. Não obstante, as pessoas jurídicas de direito público, respondem, também, objetivamente, com base no art. 37, § 6º, da CFRB/88, no parágrafo único, do artigo 22, do CDC e no artigo 43, do CC, com direito a ação regressiva em desfavor do causador do dano, quando existir culpa ou dolo por parte daqueles.

---

<sup>21</sup>GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**, v. 4: responsabilidade civil. 16 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021. p. 292.

<sup>22</sup>BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula n. 37**. Segunda Seção. Brasília, 12, de março de 1992. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/publicacaoinstitutional/index.php/sumstj/article/view/5223/5348>. Acesso em: 29 abr. 2022.

<sup>23</sup>BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula n. 387**. Segunda Seção. Brasília, 26, de agosto de 2009. Disponível em: [https://www.stj.jus.br/docs\\_internet/revista/eletronica/stj-revista-sumulas-2013\\_35\\_capSumula387.pdf](https://www.stj.jus.br/docs_internet/revista/eletronica/stj-revista-sumulas-2013_35_capSumula387.pdf). Acesso em: 29 abr. 2022.



### 3 DA RESPONSABILIDADE CIVIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE – SERVIDORES PÚBLICOS E DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Há que se ressaltar a responsabilidade civil das instituições de saúde de direito público e dos profissionais de saúde que nelas laboram. A doutrina administrativa destaca que a responsabilidade objetiva do Estado, com fulcro no art. 37, § 6º, da CFRB/88, é fundada na teoria do risco administrativo. Nesse caso, o Estado poderá elidir a sua responsabilidade, somente se provar alguma causa excludente de responsabilidade: caso fortuito externo ou força maior, culpa exclusiva da vítima ou culpa exclusiva de terceiro. Em 14 de agosto de 2019, ao julgar o Recurso Extraordinário 1.027.633-SP<sup>24</sup>, o STF, em sede de repercussão geral fixou o tema 940 – Responsabilidade Civil subjetiva do agente público por danos causados a terceiros, no exercício de atividade pública:

A teor do disposto no artigo 37, parágrafo 6º da Constituição Federal, **a ação por danos causados por agente público deve ser ajuizada contra o Estado ou a pessoa jurídica prestadora do serviço público**, sendo parte ilegítima passiva o autor do ato, assegurado o direito de regresso pelo Estado contra o responsável em caso de dolo ou culpa. (g.n.)

Restou, porquanto, consagrada a Teoria da Dupla Garantia, na qual o lesado somente poderá demandar o ente público ou a pessoa jurídica de direito privado, prestadora de serviço público, objetivando a reparação do dano causado, não sendo possível ajuizar diretamente a ação contra o agente público, causador do dano, constituindo-se, assim, a dupla garantia. A primeira garantia se destina ao particular, que terá assegurada a responsabilidade objetiva do Estado, sendo desnecessário comprovar o dolo ou culpa do autor do dano; a segunda, para o servidor público, que somente responderá, subjetivamente, perante o ente estatal, em ação regressiva, nos termos do artigo 934, do CC, e da segunda parte, do artigo 37, § 6º, da CFRB/88.

A vítima, dessa forma, poderá cobrar a reparação do dano, diretamente do Estado, sendo-lhe assegurados os princípios da celeridade e da economia processual. Em contrapartida, deverá ser apurada a culpa do servidor, causador do dano, que tem responsabilidade subjetiva, com o intuito de ressarcimento ao Estado por meio de ação regressiva, nos termos do artigo 934, do CC.

---

<sup>24</sup> BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário. **RE 1.027.633-SP**. Plenário. Recorrente: Maria Felicidade Peres Campos Arroyo. Recorrente: Jesus Jo O Batista. Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília, 14. De agosto de 2019. Disponível em <https://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoDetalhe.asp?incidente=5136782>. Acesso em: 3 maio 2022.

Cabe ressaltar, os casos em que há omissão específica do Estado, caracterizado pela violação no dever de garantia e segurança implícito ou explícito na legislação, quando ocorrido no âmbito das instituições de saúde pública brasileiras, incorrendo, portanto, em responsabilidade objetiva.

A doutrina considera, também, a omissão genérica, nos casos em que a inação do Estado não é causa direta e imediata da ocorrência do dano. Nesse caso, a responsabilização do Estado, será subjetiva, adotada, com exceção, no Brasil, em que a vítima deverá comprovar a culpa ou dolo do agente público, i.e., quando o agente público não prestou o serviço de forma adequada, denominada de falta no serviço. São os casos em que o Estado não atua especificamente em um caso concreto, de forma que sua possível omissão ou falha prejudique toda a população.

#### 4 DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE

É complexa a análise da responsabilidade civil quando os profissionais de saúde atuam em equipes multiprofissionais, como por exemplo: em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou em um Centro Cirúrgico, que são áreas fechadas, dentre outras.

Segundo Cavalieri<sup>25</sup>, dentro de uma equipe, há o entendimento, *a priori*, de que o chefe ou supervisor teria a culpa presumida, pelo fato de que esse profissional seria o responsável por estar no comando da equipe. No entanto, hodiernamente, diante do aprimoramento das técnicas e com o surgimento de múltiplas especialidades, as quais permitem a diferenciação nítida da divisão dos procedimentos, com relação às competências legais dos profissionais, delineadas pelas leis que as regulamentam, é preciso apurar que tipo de relação jurídica existe entre as partes. Se atuam como profissionais autônomos, não há que se falar em responsabilidade solidária. Ela deverá ser individualizada, respondendo, cada membro da equipe de saúde pelos seus próprios atos.

Nesse ponto de vista, considerando o atendimento realizado por uma equipe cirúrgica, não se pode responsabilizar o cirurgião chefe pelo erro do anestesista ou de qualquer outro membro da equipe multidisciplinar que deu causa ao erro, seja ele enfermeiro, instrumentador, ou circulante de uma sala cirúrgica, observando, nesse sentido, se a conduta do membro da equipe foi ilícita, e se houve nexo causal entre a conduta e o dano.

Vale ressaltar que mesmo na responsabilidade civil objetiva, é indispensável haver relação de causa e efeito entre o serviço prestado e o dano sofrido pela vítima causado pelo evento adverso. Ou seja, deve haver nexo de causalidade entre a conduta e o dano sofrido.

Embora a equipe atue em conjunto, não há responsabilidade solidária entre os que a integram. A responsabilidade será individualizada, ou seja, será do membro da equipe causador do evento danoso, cabendo, contudo, examinar o caso concreto. É o entendimento do STJ nos Embargos de Declaração – Recurso Especial nº 880.349-MG, relatado pelo Ministro Castro Filho, da 3ª Turma<sup>26</sup>:

---

<sup>25</sup> CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2022. p. 450.

<sup>26</sup> BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. **REsp 880349/MG**. Terceira Turma. Embargante: Luiz Carlos Viana. Embargados: Hélio Fortes Ribeiro e outros; UNIMED Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico; Fábio Paiva Tavares. Relator. Min. Castro Filho. Brasília, 26, de junho de 2007. p. 297. Disponível em : [ceub.br | SEPN 707/907, campus Asa Norte, CEP: 70.790-075, Brasília - DF • 3966-1201](https://processo.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?i=1&b=ACOR&livre=((%27RESP%27.clap.+e+@num=</a></p></div><div data-bbox=)

DIREITO CIVIL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. ERRO MÉDICO. OPERAÇÃO GINECOLÓGICA. MORTE DA PACIENTE. VERIFICAÇÃO DE CONDUTA CULPOSA DO MÉDICO-CIRURGIÃO. NECESSIDADE DE REEXAME DE PROVA. SUMÚLA 7/STJ. DANOS MORAIS. CRITÉRIOS PARA FIXAÇÃO. CONTROLE PELO STJ. I - Dos elementos trazidos aos autos, concluiu o acórdão recorrido pela **responsabilidade exclusiva do anestesista, que liberou, precocemente, a vítima para o quarto, antes de sua total recuperação, vindo ela a sofrer parada cardíaco-respiratória no corredor do hospital, fato que a levou a óbito, após passar três anos em coma.** A pretensão de responsabilizar, solidariamente, o médico cirurgião pelo ocorrido importa, necessariamente, em reexame do acervo fático-probatório da causa, o que é vedado em âmbito de especial, a teor do enunciado 7 da Súmula desta Corte. II - O arbitramento do valor indenizatório por dano moral sujeita-se ao controle do Superior Tribunal de Justiça, podendo ser majorado quando se mostrar incapaz de punir adequadamente o autor do ato ilícito e de indenizar satisfatoriamente os prejuízos extrapatrimoniais sofridos. Recurso especial provido, em parte. (g.n.)

No entanto, se algum outro membro da equipe concorrer para a ocorrência do evento danoso, a responsabilidade será solidária. Gonçalves<sup>27</sup> compartilha do mesmo entendimento com relação à equipe de cirurgia, ou seja, de que há presunção de culpa do médico-chefe pelos danos sofridos, por este estar no comando dos trabalhos. Contudo, analisa que:

A responsabilidade autônoma do anestesista no pré e no pós-operatório é inegável. A divergência remanesce no caso de o anestesista estar sob o comando do cirurgião, podendo, nesse caso, ser solidária a responsabilidade desses dois profissionais.

Com relação à equipe de enfermagem, a álea a que estão submetidos estes profissionais e seus pacientes não é diferente das demais situações enfrentadas pela medicina, uma vez que se trata de obrigação de meio, quando esses profissionais compõem equipe contratada por instituições de saúde. A apuração de sua responsabilidade civil dependerá do exame do caso concreto.

O Enfermeiro, como chefe ou supervisor da equipe de enfermagem, conforme previsto no art. 15, da Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986<sup>28</sup>, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências, e o art. 8º, “h”, do Decreto 94.406, de 8 de

---

%27880349%27)+ou+(%27RESP%27+adj+%27880349%27.suce.))&thesaurus=JURIDICO&fr=veja. Acesso em: 2 maio 2022.

<sup>27</sup> GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**, v. 4: responsabilidade civil. 16 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021. p. 295 e 296.

<sup>28</sup> BRASIL. **Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm). Acesso em: 2 maio 2022.

junho de 1987<sup>29</sup>, que regulamenta a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências, preveem que o profissional de enfermagem poderá responder solidariamente por evento danoso provocado por membro de sua equipe. Porém, não se poderá atribuir à enfermeira chefe ou supervisora a responsabilidade por todo e qualquer evento danoso ocorrido numa unidade de saúde, conforme se demonstrará a seguir.

Em uma unidade de pronto atendimento, v.g., local onde se desenvolvem, simultaneamente, diversos atendimentos de urgências, em diversas especialidades: O profissional enfermeiro estará incumbido, legalmente, de supervisionar toda sua equipe, e ao mesmo tempo, prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e cuidados diretos à pacientes graves, com risco de vida, nos termos da Lei 7.498/1986, em seu art. 11, “1” e “m”, enquanto sua equipe realiza, simultaneamente, procedimentos de média e baixa complexidade.

Nessa senda, caso ocorra algum evento danoso, a culpa a ser atribuída ao profissional enfermeiro dependerá do caso concreto, não podendo ser responsabilizado, automaticamente, quando o dano se der por ato exclusivo de membro de sua equipe, e este profissional não haja contribuído de maneira concorrente ao evento danoso, especialmente, quando comprovado que o evento se deu por culpa exclusiva de outrem.

---

<sup>29</sup> BRASIL. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/d94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm). Acesso em: 2 maio. 2022.

## 5 DA RESPONSABILIDADE EMPRESARIAL DAS INSTITUIÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

De outro ângulo, na ocorrência de eventos adversos, a responsabilidade civil das instituições de saúde, deve ser analisada de acordo com o vínculo empregatício existente ou não entre os profissionais de saúde e elas, conforme se demonstrará a seguir. A fim de fomentar o entendimento do leitor à temática abordada neste capítulo, foram elaborados quadros esquemáticos constantes nos apêndices A e B desse estudo.

### 5.1 Da Natureza Jurídica da Responsabilidade Civil das Instituições de Saúde

De acordo com o entendimento doutrinário e jurisprudencial, a natureza da responsabilidade civil das instituições de saúde, por erros praticados por profissionais de saúde, deve ser examinada à luz da natureza do vínculo empregatício existente entre essas instituições e os profissionais a quem se imputam os eventos danosos. Esse é o entendimento dos doutrinadores Gonçalves<sup>30</sup>, e Cavalieri Filho<sup>31</sup>, bem como o entendimento proferido pelo STJ, no Recurso Especial nº 774963-RJ<sup>32</sup>, senão vejamos:

CIVIL E PROCESSUAL. RECURSOS ESPECIAIS. INDENIZAÇÃO. ERRO MÉDICO. PRIMEIRO RECURSO. INTEMPESTIVIDADE. SÚMULA 418 DO STJ. SEGUNDO RECURSO. CUMULAÇÃO DE DANOS MORAIS E ESTÉTICOS. POSSIBILIDADE. SÚMULA 284 DO STF. SÚMULA 387 DO STJ. RESPONSABILIDADE DO HOSPITAL PELOS ATOS DE SUA EQUIPE MÉDICA. [...] 4. **A natureza da responsabilidade das instituições hospitalares por erros médicos deve ser examinada à luz da natureza do vínculo existente entre as referidas instituições e os profissionais a que se imputa o ato danoso.** 5. Responde o hospital pelo ato culposo praticado por profissional de sua equipe médica, mesmo que sem vínculo empregatício com a instituição. A circunstância de os serviços médicos terem sido prestados gratuitamente, ou remunerados pelo SUS, não isenta o profissional e a instituição da responsabilidade civil por erro médico.

Dessa forma, caso o profissional tenha vínculo empregatício com a instituição de saúde, integrando sua equipe, seja ele médico, enfermeiro ou qualquer outro profissional de saúde, o

<sup>30</sup> GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**, v. 4: responsabilidade civil. 16 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021. p. 297.

<sup>31</sup> CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2022. p. 464.

<sup>32</sup> BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. **REsp 774963/RJ**. Quarta Turma. Recorrentes: Luiz Fernando Pinho do Amaral e outro, e Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Recorrido: Cecília Marques de Souza. Relatora: Min. Maria Isabel Gallotti. Brasília, 6 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/865450512/recurso-especial-resp-774963-rj-2005-0137527-1/inteiro-teor-865450619>. Acesso em: 5 jun. 2022.

estabelecimento responderá, em regra, objetivamente, como prestador de serviços, nos termos do caput, do art. 14, do CDC. No entanto, deve ser provada a culpa do profissional, que, por conseguinte, responderá subjetivamente, no que prevê o § 4º, desse mesmo dispositivo. E caberá à instituição de saúde ajuizar ação regressiva para o ressarcimento da indenização.

## 5.2 Da aplicabilidade do CDC na responsabilização civil das instituições de saúde

No que diz respeito à aplicabilidade do CDC às questões ligadas à responsabilidade civil, das instituições de saúde, o entendimento da 3ª Turma do STJ, no Recurso Especial nº 986.648/PR<sup>33</sup>, versa sobre a regra geral da reponsabilidade objetiva, contida no art. 14, desse dispositivo legal:

RECURSO ESPECIAL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO MOVIDA CONTRA CLÍNICA MÉDICA. ALEGAÇÃO DE DEFEITO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS. RESPONSABILIDADE OBJETIVA. INTELIGÊNCIA DO ART. 14 DO CDC. 1. Demanda indenizatória proposta pelo marido de paciente morta em clínica médica, alegando defeito na prestação dos serviços médicos. **2. A regra geral do art. 14, "caput", do CDC, é a responsabilidade objetiva dos fornecedores pelos danos causados aos consumidores.** 3. **A exceção prevista no parágrafo 4º do art. 14 do CDC, imputando-lhes responsabilidade subjetiva, é restrita aos profissionais liberais.** 4. Impossibilidade de interpretação extensiva de regra de exceção. 5. O ônus da prova da inexistência de defeito na prestação dos serviços médicos é da clínica recorrida por imposição legal (inversão 'ope legis'). Inteligência do art.14, §3º, I, do CDC. 6.Precedentes.jurisprudenciaisdestaCorte. 7. RECURSO ESPECIAL PROVIDO. (g.n.)

É que os estabelecimentos de saúde são considerados fornecedores de serviços, à luz dos artigos 3º, e 14, §1º, do CDC, respondendo objetivamente pelos danos causados aos seus clientes/consumidores, os quais estão insertos no art. 2º, do mesmo diploma legal, quer se trate de serviços decorrentes da exploração de sua atividade empresarial, como, v.g., o defeito de um equipamento, quer se trate de serviços técnicos e profissionais prestados por funcionários que nele atuem, ou que a eles sejam conveniados.

---

<sup>33</sup> BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. **REsp 986.648/PR**. Terceira Turma. Recorrente: Marcos Rogério Chaerki. Recorrido: Organização Médica Clinihauer Ltda. Relator: Min. Paulo de Tarso Sanseverino. Brasília, 10 de maio de 2011. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=%28RESP.clas.+e+%40num%3D%22986648%22%29+ou+%28RESP+adj+%22986648%22%29.suce>. Acesso em: 02 abr. 2022.

De outro modo, Cavalieri Filho<sup>34</sup>, compartilha do entendimento mais recente do egrégio Superior Tribunal de Justiça (STJ), quando assevera que:

Tem prevalecido no STJ entendimento no sentido de só reconhecer solidariedade passiva entre hospital e médicos, quando estes forem empregados ou prepostos daquele (integrantes do seu corpo clínico a qualquer título), **mesmo assim reconhecendo responsabilidade subjetiva para ambos.** (g.n.)

Nesse sentido, o entendimento jurisprudencial do egrégio Tribunal é firme no tocante de que a responsabilidade civil da instituição de saúde somente se afigura quando o dano decorrer de falhas de serviços a ele afetos única e exclusivamente, ou seja, aqueles que dizem respeito à estrutura da instituição. São estes: estadia (internação), instalações físicas, equipamentos defeituosos ou ausentes, medicamentos com prazos de validade vencidos, más condições de higiene (infecção hospitalar), erros na prestação de serviços auxiliares (enfermagem, exames laboratoriais e radiológicos etc.), dimensionamento insuficiente ou inadequado de profissionais, dentre outros.

De outro modo, nem sempre os danos provocados pela estrutura deficiente da instituição têm relação direta com a conduta médica *stricto sensu*. Nas sábias palavras de Ruy Rosado de Aguiar, temos que:

O hospital não responde objetivamente, mesmo depois da vigência do Código de Defesa do Consumidor, quando se trata de indenizar danos produzidos por médico integrante de seus quadros, pois é preciso provar a culpa deste, para somente depois ter como presumida a culpa do hospital. Nesse contexto, a conclusão única é de que na responsabilização do hospital por ato praticado por médico, não tem aplicabilidade a teoria objetiva, pois o que se põe em exame é o trabalho do facultativo, com incidência, inclusive, da norma do § 4º, do CDC. Significa isso dizer que, no caso específico dos hospitais, será objetiva a responsabilidade apenas no que toca aos serviços única e exclusivamente relacionados com o estabelecimento empresarial propriamente dito.

Complementa Cavalieri<sup>35</sup> que, caso o profissional não tenha vínculo empregatício com o estabelecimento de saúde, e se utiliza deste, para internar e/ou operar seus pacientes particulares, responderá exclusivamente pelos seus erros, sendo elidida a responsabilidade da

---

<sup>34</sup> CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2022. p. 464.

<sup>35</sup> CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2022. p. 464.



instituição. Nesse sentido, encontramos base na jurisprudência do STJ, no Recurso Especial nº 908.359/SC<sup>36</sup>:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO. NEGLIGÊNCIA. INDENIZAÇÃO. RECURSO ESPECIAL.

1. A doutrina tem afirmado que a responsabilidade médica empresarial, no caso de hospitais, é objetiva, indicando o parágrafo primeiro do artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor como a norma sustentadora de tal entendimento. **Contudo, a responsabilidade do hospital somente tem espaço quando o dano decorrer de falha de serviços cuja atribuição é afeta única e exclusivamente ao hospital. Nas hipóteses de dano decorrente de falha técnica restrita ao profissional médico, mormente quando este não tem nenhum vínculo com o hospital- seja de emprego ou de mera preposição -, não cabe atribuir ao nosocômio a obrigação de indenizar.** 2. Na hipótese de prestação de serviços médicos, o ajuste contratual- vínculo estabelecido entre médico e paciente- refere-se ao emprego da melhor técnica e diligência entre as possibilidades de que dispõe o profissional, no seu meio de atuação, para auxiliar o paciente. Portanto, não pode o médico assumir compromisso com um resultado específico, fato que leva ao entendimento de que, se ocorrer dano ao paciente, deve-se averiguar se houve culpa do profissional- teoria da responsabilidade subjetiva. No entanto, se, na ocorrência de dano impõe-se ao hospital que responda objetivamente pelos erros cometidos pelo médico, estar-se-á aceitando que o contrato firmado seja de resultado, pois se o médico não garante o resultado, o hospital garantirá. Isso leva ao seguinte absurdo: na hipótese de intervenção cirúrgica, ou o paciente sai curado ou será indenizado- daí um contrato de resultado firmado às avessas da legislação. [...] (g.n.)

O CDC denomina de vício do serviço, quando a falha está relacionada a um defeito no serviço prestado, conforme preceitua o § 1º, do art. 14, do aludido diploma legal, que tem por fundamento o fato gerador, ou seja, o defeito no serviço, que ao ser fornecido, dá causa a um acidente de consumo, o qual denominamos de eventos adversos. Conforme explana Cavalieri Filho<sup>37</sup>, “Para afastar a sua responsabilidade, bastará ao hospital, provar que não houve defeito na prestação de seu serviço”. Com efeito, estabelece o § 1º, do art. 14, do CDC, que “o serviço é defeituoso quando não oferece a segurança legitimamente esperada”. Não obstante, o serviço é seguro, quando o consumidor pode confiar, i.e., quando cria no usuário a legítima expectativa de que este não lhe causará nenhum evento adverso. Desse modo, estão

<sup>36</sup> BRASIL. Recurso Especial. **REsp 908.359/SC**. Segunda Seção. Recorrente: Hospital e Maternidade São Lourenço Ltda. Recorrido: Maria de Lourdes Amândio Machado. Relatora: Min. Nancy Andrighi. Relator para Acórdão: Min. João Otávio de Noronha. Brasília, 27 de agosto de 2008. Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?i=1&b=ACOR&livre=\(\(%27RESP%27.clap.+e+@num=%27908359%27\)+ou+\(%27RESP%27+adj+%27908359%27.suce.\)\)&thesaurus=JURIDICO&fr=veja](https://processo.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?i=1&b=ACOR&livre=((%27RESP%27.clap.+e+@num=%27908359%27)+ou+(%27RESP%27+adj+%27908359%27.suce.))&thesaurus=JURIDICO&fr=veja). Acesso em: 02 abr. 2022.

<sup>37</sup> CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2022. p. 462.

presentes os princípios da confiança, da segurança, da boa-fé e da transparência, os quais são pedras angulares do Direito do Consumidor.

Ocorre que até meados de novembro de 2011, a Súmula 341, do Supremo Tribunal Federal (STF)<sup>38</sup> previa que a responsabilidade do empregador pelo ato culposo do empregado ou preposto era presumida (culpa *in eligendo*). Contudo, o modelo de culpa presumida relacionada às instituições de saúde, previsto nesse dispositivo, a qual enunciava que: “É presumida a culpa do patrão ou comitente pelo ato culposo do empregado ou preposto”, contida, inclusive, nos arts. 932, III e 933, do CC<sup>39</sup>, foi superada pelos §§ 1º e 3º, do art. 14, do CDC<sup>40</sup>, *in verbis*:

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. (...) § 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.

Desse modo, a instituição de saúde só ficará eximida de sua responsabilidade, se provar que o defeito na prestação de seus serviços inexistiu ou que o acidente não teve por causa um defeito do serviço (*onus probandi* dela). Nesse ponto, vale ratificar que o ônus da prova da inexistência de defeito na prestação dos serviços de saúde é da instituição, por imposição legal (inversão *ope legis*), conforme a inteligência do artigo 14, § 3º, I, do CDC, já demonstrada alhures.

Cavaliere Filho<sup>41</sup> preleciona que “para afastar a sua responsabilidade, bastará que o hospital ou médico prove que o evento não decorreu de defeito no serviço, mas sim das condições do paciente ou de fato da natureza”.

---

<sup>38</sup> BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Súmula nº 341**. Brasília, 30 de setembro de 2009. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/menuSumarioSumulas.asp?sumula=2478>. Acesso em: 2 maio 2022.

<sup>39</sup> BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, 2002. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm). Acesso em: 2 maio 2022.

<sup>40</sup> BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18078compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm). Acesso em: 5 jun. 2022.

<sup>41</sup> CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2022. p. 467.

O CDC prevê em seus artigos 12 e 18, os defeitos relativos ao vício do produto, e os defeitos relativos ao vício da prestação de serviços, estão elencados no art. 14, § 1º, haja vista que as instituições de saúde são fornecedoras e prestadoras de serviços. Portanto, devem oferecer a segurança esperada pelo consumidor, nos exatos termos do último dispositivo, incorrendo em responsabilidade objetiva, o que, também, está previsto no parágrafo único, do art. 927, do CC.

Em contrapartida, os médicos e demais profissionais que prestaram assistência a um paciente, não respondem por indenização decorrente de ato ilícito que tenha causado sua morte, v.g., no caso de óbito do paciente decorrente de uma infecção hospitalar. Nesse caso, a instituição deverá ser responsabilizada objetivamente, por vício decorrente de defeito na prestação de serviço. Tal fato é ratificado pela decisão judicial exarada pelo STJ, no acórdão do Recurso Especial nº1.551.072/SP, *infra*<sup>42</sup>:

RECURSO ESPECIAL (art. 105, inc. III, "a" e "c", CF/88) - AÇÃO CONDENATÓRIA - **RESPONSABILIDADE CIVIL DE HOSPITAL E INSTITUTO MÉDICO - INFECÇÃO HOSPITALAR** - INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS QUE JULGARAM IMPROCEDENTES OS PEDIDOS VEICULADOS NA PETIÇÃO INICIAL, SOB O ARGUMENTO DE QUE NÃO HOUE DEMONSTRAÇÃO DE CULPA DOS MÉDICOS. INSURGÊNCIA DA AUTORA. DEFEITO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES - RESPONSABILIDADE OBJETIVA - INTELIGÊNCIA DO ART. 14 DO CDC - RECURSO ESPECIAL PROVIDO. [...] **Pretensão condenatória deduzida em face de hospital e instituto médico, ante os alegados danos decorrentes de infecção hospitalar, após a realização de procedimentos cirúrgicos, que conduziram ao comprometimento integral da visão da autora, relativamente ao olho direito. (...)1. O Tribunal de origem não abordou a tese de responsabilidade do fornecedor pela prestação defeituosa de informações à recorrente sobre os riscos relacionados ao procedimento cirúrgico a que seria submetida, razão pela qual incide à espécie a Súmula nº 211 desta Corte, o que inviabiliza também o conhecimento da insurgência com base na alínea "c" do permissivo constitucional. Precedentes. 2. Como se infere do art. 14 do CDC, a responsabilidade dos hospitais e clínicas (fornecedores de serviços) é objetiva, dispensando a comprovação de culpa. Assim, inviável o afastamento da responsabilidade do hospital e do instituto por infecção contraída por paciente com base na inexistência de culpa dos agentes médicos envolvidos, como fez o Tribunal de origem. 2.1 De fato, a situação dos autos não comporta reflexões a respeito da responsabilização de clínicas médicas ou hospitais por atos de seus**

---

<sup>42</sup> BRASIL. Recurso Especial. **REsp 1.551.072/SP**. Quarta Turma. Recorrente: Izabel Margarida da Conceição. Recorridos: Instituto de Oftalmologia Tadeu Cvintal S/C Ltda. Abensena- Associação Beneficente Nossa Senhora de Nazaré. Tóquio Marine Seguradora S/A. Relator: Min. Marco Buzzi. Brasília, 5 de maio de 2016. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/340017028/recurso-especial-resp-1511072-sp-2012-0257713-0/inteiro-teor-340017063>. Acesso em: 02 abr. 2022.

**profissionais (responsabilidade pelo fato de outrem). Isso porque os danos sofridos pela recorrente resultaram de infecção hospitalar, ou seja, do ambiente em que foram efetuados os procedimentos cirúrgicos, e não de atos dos médicos. 3. Dessa forma, considerando que é objetiva a responsabilidade dos hospitais e clínicas por danos decorrentes dos serviços por eles prestados (ambiente Documento: 1510592 - Inteiro Teor do Acórdão - Site certificado - DJe: 13/05/2016 Página 6 de 19 Superior Tribunal de Justiça hospitalar), bem como que não foi elidido no caso dos autos o nexo de causalidade entre os danos sofridos pela recorrente e a conduta dos recorridos, é imperioso o provimento do presente recurso especial para condená-los ao pagamento de indenização a título de dano moral, em virtude da perda completa da visão e do bulbo ocular do olho direito da recorrente. (g.n.)**

Mesmo em face aos enormes riscos de certos tipos de cirurgias e tratamentos, a instituição responderá objetivamente, se o erro decorreu exclusivamente de defeito em virtude da prestação de seus serviços. Assim, tudo que se relacione ao dano produzido pela coisa, ou até mesmo por ação ou omissão administrativa do estabelecimento de saúde, que conduza ao dano, incorrerá a instituição de saúde em responsabilidade objetiva.

## 6 DO RISCO INERENTE ÀS ATIVIDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Em conformidade, com os dispositivos 186, 927, 932 e 933 do Código Civil de 2002, os quais fazem alusão à responsabilidade subjetiva dos profissionais de saúde, também, elencada no § 4º, do artigo 14, do CDC, e, mais especificamente, o que prevê o art. 951, do CC, que trata das indenizações devidas em decorrência de danos causados pelo exercício profissional, conforme demonstrado alhures, o parágrafo único, do artigo 927, do CC, diferentemente prevê a responsabilidade civil objetiva 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.

É que, nesse sentido, há que se considerar o risco inerente ao serviço, previsível em decorrência de sua própria natureza, em consonância à expectativa legítima do consumidor (paciente). Vale lembrar que a previsibilidade e anormalidade são características do risco inerente, pelo qual não responde o prestador de serviço, por não ser defeituoso. Todavia, cabe ao profissional informar a seu cliente de forma clara, a respeito desses riscos inevitáveis, sem prejuízo de por eles responder. Caso o profissional se desincumba desse dever de informação, poderá configurar defeito de comercialização por informação deficiente, quanto a periculosidade do produto ou serviço, ou quanto ao modo de utilizá-lo, conforme leciona Cavalieri Filho<sup>43</sup>.

Em contrapartida, uma vez que as instituições de saúde e os profissionais de saúde não respondem pelos riscos inerentes às suas atividades, desde que informem adequadamente aos seus clientes sobre esses riscos, o que se denomina, hodiernamente, de consentimento informado, não poderá ser considerado defeito no serviço. Contudo, não basta a informação genérica, nos termos do artigo 6º, III, e do artigo 14, do CDC, que dificulte a autodeterminação do paciente. Vejamos o contido na decisão exarada pelo Recurso Especial nº 1848862/RN<sup>44</sup>:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO PARA RESOLVER SÍNDROME DA APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO

<sup>43</sup> CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2022. p. 468.

<sup>44</sup> BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. **REsp 1848862/RN**. Terceira Turma. Recorrentes: Anna Maria da Trindade dos Reis; Geraldo de Macedo da Trindade. Recorridos: José Delfino da Silva Neto; Pedro de Oliveira Cavalcanti Filho; Clínica Pedro Cavalcanti Ltda. Relator: Min. Marco Aurélio Bellizze. Brasília, 5 de abril de 2022. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1455143407/recurso-especial-resp-1848862-rn-2018-0268921-9/inteiro-teor-1455143427>. Acesso em: 5 jun. 2022.

(SASO). FALECIMENTO DO PACIENTE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. FALHA NO DEVER DE INFORMAÇÃO ACERCA DOS RISCOS DA CIRURGIA. CONSTATAÇÃO APENAS DE CONSENTIMENTO GENÉRICO (BLANKET CONSENT), O QUE NÃO SE REVELA SUFICIENTE PARA GARANTIR O DIREITO FUNDAMENTAL À AUTODETERMINAÇÃO DO PACIENTE. RESTABELECIMENTO DA CONDENAÇÃO QUE SE IMPÕE. REDUÇÃO DO VALOR FIXADO, CONSIDERANDO AS PARTICULARIDADES DA CAUSA. RECURSO PROVIDO PARCIALMENTE. 1. O presente caso trata de ação indenizatória buscando a reparação pelos danos morais reflexos causados em razão do falecimento do irmão dos autores, ocasionado por choque anafilático sofrido logo após o início da indução anestésica que precederia procedimento cirúrgico para correção de apnéia obstrutiva do sono, a qual causava problemas de "ronco" no paciente. 1.1. **A causa de pedir está fundamentada não em erro médico, mas sim na ausência de esclarecimentos, por parte dos recorridos - médico cirurgião e anestesista -, sobre os riscos e eventuais dificuldades do procedimento cirúrgico que optou por realizar no irmão dos autores.[...] 3. Todo paciente possui, como expressão do princípio da autonomia da vontade, o direito de saber dos possíveis riscos, benefícios e alternativas de um determinado procedimento médico, possibilitando, assim, manifestar, de forma livre e consciente, o seu interesse ou não na realização da terapêutica envolvida, por meio do consentimento informado. Esse dever de informação encontra guarida não só no Código de Ética Médica (art. 22), mas também nos arts. 6º, inciso III, e 14 do Código de Defesa do Consumidor, bem como no art. 15 do Código Civil, além de decorrer do próprio princípio da boa-fé objetiva. 3.1. A informação prestada pelo médico deve ser clara e precisa, não bastando que o profissional de saúde informe, de maneira genérica, as eventuais repercussões no tratamento, o que comprometeria o consentimento informado do paciente, considerando a deficiência no dever de informação. Com efeito, não se admite o chamado "blanket consent", isto é, o consentimento genérico, em que não há individualização das informações prestadas ao paciente, dificultando, assim, o exercício de seu direito fundamental à autodeterminação. 3.2. Na hipótese, da análise dos fatos incontroversos constantes dos autos, constata-se que os ora recorridos não conseguiram demonstrar o cumprimento do dever de informação ao paciente - irmão dos autores/recorridos - acerca dos riscos da cirurgia relacionada à apnéia obstrutiva do sono. (g.n.)**

Depreende-se, dessa forma, sobre a importância do consentimento informado, que deve ser sempre realizado de forma expressa, clara e sistematizada. Nesse sentido, os profissionais de saúde deverão esclarecer de forma precisa e verdadeira sobre os riscos dos procedimentos a serem realizados, a fim de garantir o direito fundamental à autodeterminação do paciente, nos termos do artigo 6º, III, do CDC, e do art. 15, do CC.

Considera-se, portanto, que o risco inerente está atrelado à natureza das profissões de saúde. Ao exercerem as suas profissões, os profissionais liberais da área de saúde como: enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, dentistas, biomédicos, psicólogos, nutricionistas e outros

segmentos podem aderir aos seguros de responsabilidade civil profissional oferecidos pelas seguradoras, com a finalidade de se proteger contra processos judiciais indenizatórios pelos danos causados a terceiros, conforme veremos a seguir.

## 7 DO SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL

No Brasil, a adesão a essa modalidade de seguro pelos profissionais de saúde ainda é incipiente, se comparada aos países europeus (Portugal, Noruega, Dinamarca e outros) e da América do Norte (Estados Unidos e Canadá). Porém, nos últimos anos, tem ocorrido relevante crescimento no país quanto a adesão de profissionais a essa modalidade securitária.

Importante ressaltar que a Ordem dos Enfermeiros de Portugal<sup>45</sup> concede acesso gratuito a essa modalidade de seguro, com apólices que variam de 20 a 30 mil euros de coberturas, de acordo com a ocorrência do dano e a responsabilização de seus membros regularmente inscritos.

Segundo Crestani<sup>46</sup>, essa modalidade de seguro reembolsa o profissional pelos gastos realizados com sua defesa processual, bem como a cobertura do pagamento de indenizações pela prática de atos ilícitos culposos, ou mesmo pelas omissões involuntárias, que violem o direito e causem dano a outrem, no exercício da profissão, nos casos de responsabilização civil ou acordos autorizados pela seguradora. As coberturas básicas desse tipo de seguro compreendem indenizações decorrentes de danos materiais (danos emergentes e lucros cessantes), morais e estéticos, honorários advocatícios, custas judiciais, defesas éticas, administrativas, cíveis e criminais, a depender da cobertura contratada junto à seguradora.

No entanto, além do seguro ser dispendioso financeiramente, a ocorrência de eventos danosos, na maioria das vezes, surte impactos negativos à imagem do profissional e/ou à instituição de saúde, e nem sempre o fundo de compensação de indenização ao paciente ou a sua família lhes serão restauradores. Insta afirmar que as seguradoras não cobrem atos ilícitos dolosos, reclamações sobre danos causados por produtos defeituosos e danos causados a terceiros, quando o profissional não estiver no exercício de sua profissão. Melhor seria a adoção de medidas efetivas por parte dos órgãos competentes a fim de minorar os eventos adversos, conforme veremos infra.

Após as considerações abordadas sobre a responsabilidade civil dos profissionais de saúde, vamos de encontro à análise das condições que propiciam a ocorrência dos eventos

---

<sup>45</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS DE PORTUGAL. **Seguro de responsabilidade civil profissional**. Portugal, 2017. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Paginas/Seguro-de-Responsabilidade-Civil-Profissional>. Acesso em: 19 jun. 2022.

<sup>46</sup> CRESTANI, Jaqueline. **RC profissional: saiba tudo sobre o seguro de responsabilidade civil profissional**. [S.l.]: Mutuus. Disponível em: <https://www.mutuus.net/blog/seguro-rc-profissional/>. Acesso em: 19 jun. 2022.



adversos, bem como sobre o que poderá ser feito, no sentido de mitigar quantitativamente os efeitos desses eventos e, por conseguinte, a diminuição do quantitativo dos processos reparatórios que envolvem os profissionais de saúde, com ênfase ao cuidado qualificado ao paciente, vítima principal desses eventos.

## **8 ASPECTOS SOCIOJURÍDICOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE**

O aumento do quantitativo das ações judiciais reparatórias reflete, na maioria das vezes, o maior esclarecimento da população quanto aos seus direitos, e, por conseguinte, o declínio da atitude de resignação e conformidade passiva da população brasileira, diante de danos físicos e/ou psíquicos sofridos. Esse aumento foi impulsionado pela melhoria de acesso ao judiciário, com a criação das Defensorias Públicas e dos Juizados Especiais, e com a vigência do Código de Defesa do Consumidor (CDC), e do Código Civil de 2002. Há, também, que destacar a rapidez e a intensa repercussão da ocorrência desses eventos, pelos meios tecnológicos de comunicação em massa. Essa rápida e eficaz divulgação pelas mídias, mobiliza a opinião pública, e contribui significativamente, para que esses problemas sejam resolvidos prevalentemente, por meio da cultura punitiva.

A seguir, vamos analisar os fatores que contribuem para o aumento do quantitativo de eventos adversos, e, por conseguinte, das demandas judiciais reparatórias em desfavor dos profissionais de saúde.

### **8.1 Fatores associados que fomentam os eventos adversos e as ações judiciais reparatórias**

As situações de risco, a que estão submetidos os profissionais de saúde em suas atividades rotineiras, são multideterminadas, e são classificadas como oriundas de fatores intrínsecos ou extrínsecos.

Como fatores preponderantes destacam-se: a insuficiência de repasses financeiros para investimentos no setor saúde; o despreparo técnico e científico, decorrentes de possível deficiência na formação profissional; exiguidade de treinamento e capacitação em serviço; deficiências no planejamento e gestão do dimensionamento de recursos humanos e materiais; estrutura física precária das instituições de saúde; equipamentos obsoletos ou a sua falta; imprevisto decorrente das más condições de trabalho; inaplicabilidade das normas e protocolos destinados à política de segurança do paciente; precariedade e/ou carência das ações fiscalizatórias, por parte dos órgãos competentes.

Por fim, ressaltam-se as falhas nos mecanismos de notificação, transparência, e a divulgação precária sobre os resultados e dados assistenciais e econômicos pelo poder público quanto aos eventos adversos, aos seus assistidos.

Acontece que, na maioria dos casos, ações resolutivas baseadas na cultura punitiva são adotadas pelos órgãos competentes, as quais potencializam o círculo vicioso existente entre os eventos danosos e as condutas punitivas.

Com a crescente ocorrência desses eventos, e a falta de transparência na divulgação precisa de dados e estatísticas por parte do poder público, evidencia-se que as ações punitivas, por si só, não têm sido eficazes, não se constituindo, porquanto, um mecanismo educativo-saneador efetivo para prevenção ou minoração da ocorrência de erros, que por via de consequência, fomentam o quantitativo de ações civis reparatórias, envolvendo profissionais de saúde.

Com milhares de ações reparatórias tramitando no Poder Judiciário, alguns profissionais de saúde recorrem ao oneroso seguro de responsabilidade civil, oferecidos pelas seguradoras, para tentar se proteger de eventuais demandas, o que, também, não resolve o problema na dimensão coletiva, no sentido de mitigar a ocorrência de eventos adversos, o que será discutido a seguir.

## 8.2 Das políticas preventivas e das mudanças de paradigmas

Os círculos viciosos existentes entre os eventos adversos, causadores de danos, que levam às condutas punitivas, devem ser substituídos pelos círculos virtuosos, centrados nos pacientes e na assistência segura. Segundo Couto<sup>47</sup>:

Não há um culpado, apenas vítimas: pacientes e suas famílias, profissionais de saúde, instituições de saúde e operadores desse sistema. A solução passa por um acordo a ser firmado por todos, pela mudança cultural, de métodos e modelos de relacionamento e de pagamento de custos.

Por seu turno, isso acarreta a sobrecarga ao Poder Judiciário devido ao elevado número de processos reparatórios, envolvendo, por vezes, o Estado, as instituições de saúde, os profissionais, o paciente e sua família.

Evidencia-se, portanto, necessária e premente a mudança dos paradigmas das políticas públicas relacionadas à cultura da segurança e da qualidade assistencial, bem como o aprimoramento e refinamento do ordenamento jurídico, no que tange a aplicabilidade vinculante de normas e protocolos da cultura da qualidade e segurança, por meio das organizações de saúde, de sua equipe multiprofissional, em todos os níveis de atenção à saúde.

---

<sup>47</sup> COUTO, Roberto C.; JUNIOR, Yussif A.M. Pandemia dos eventos adversos no Brasil e no mundo: como minimizá-la. **Revista wareline conecte info: tecnologia em saúde**, São Paulo, 15 ed. p. 3, ago. 2017.

Para tanto, necessárias são a elaboração e sancionamento de normas cogentes, no sentido de vincular as instituições de saúde à aplicabilidade dos protocolos de segurança e de sua adesão às políticas públicas da gestão de riscos institucionais e à acreditação hospitalar.

O enfrentamento tardio, por parte dos órgãos fiscalizadores, com relação à prevenção de eventos danosos, ocorre, principalmente, em decorrência do sucateamento de suas estruturas, os quais prescindem de maiores investimentos, atenção e interesse pelo poder público. O desenvolvimento de mecanismos de ações fiscalizatórias preventivas e efetivas pelos órgãos competentes, no âmbito das instituições de saúde, no que diz respeito ao cumprimento das orientações normativas e das ações relacionadas ao cuidado seguro e eficiente, são essenciais e de grande valia.

Hodiernamente, essas ações não se destinam, preponderantemente, a uma política de prevenção, mas a uma tentativa de resolução tardia, ou seja: somente após a ocorrência dos eventos adversos, estes se tornam conhecidos pelas autoridades competentes, o que se dá, mormente, por meio de denúncias ou pela divulgação intensiva realizada pelos diversos meios de comunicação em massa e pelas mídias sociais.

O comprometimento de gestores de saúde e, por conseguinte, o envolvimento de suas equipes multiprofissionais é, também, essencial e decisivo. É premente a capacitação de gestores e das suas equipes multiprofissionais, com foco interinstitucional no treinamento técnico, científico, qualificado e diferenciado, por meio da educação permanente e continuada em serviço, com vistas à adoção tanto de procedimentos técnicos e das novas tecnologias, quanto de recursos metodológicos e técnicas de humanização, voltadas ao trabalho, no sentido de que sejam alcançadas a capacitação e a motivação no ambiente laboral.

Nessa seara, importante ressaltar a conscientização dos gestores e profissionais de saúde quanto as implicações legais, decorrentes da responsabilidade civil objetiva e subjetiva, advindas de condutas omissivas ou comissivas praticadas durante o exercício profissional, cuja disciplina deveria ser adotada, inclusive, nas grades de cursos de graduação da área de saúde. Isto porque as repercussões legais da responsabilidade civil são insuficientemente abordadas durante a formação acadêmica, e no cotidiano da prática assistencial profissional, levando em consideração que o profissional não poderá se eximir de suas responsabilidades, durante o cumprimento legal das obrigações de sua competência, tampouco alegar o desconhecimento da lei nos tribunais.

É salutar, a análise prévia, com relação aos aspectos qualitativos e quantitativos dos recursos humanos e materiais, e da infraestrutura das instituições de saúde, com vistas à adoção

do planejamento estratégico e da governança pelos órgãos e gestores competentes, com objetivo de erradicar ou minimizar suas deficiências, nos diversos setores da saúde.

Importante mencionar a necessária substituição cíclica de equipamentos obsoletos ou defeituosos, que, por vezes, dão causa ao imprevisto na assistência, abrindo oportunidades para a ocorrência de erros, bem como a adoção e adaptação dos profissionais ao uso de novas tecnologias e a adequação do dimensionamento do quadro de profissionais, de suas cargas horárias e de seus salários. Todos esses aspectos são imprescindíveis para mudança do atual contexto.

A melhoria dos processos e das condições de trabalho, com a adoção de técnicas de sistematização da assistência adequada às necessidades dos pacientes e da equipe de saúde contribuirão de maneira singular para o efetivo cuidado seguro, eficaz e competente. Nesses processos destaca-se: o estabelecimento da comunicação clara e segura entre a equipe multidisciplinar, é imprescindível, entre ela e o paciente e seus familiares, os quais poderão minimizar sobremaneira, ou até mesmo exaurir a ocorrência de erros na escolha e execução de procedimentos, com o efetivo esclarecimento sobre os riscos inerentes às atividades a serem efetuadas. Como, também, a identificação correta do paciente, anotações precisas nas prescrições e evoluções, esteja o prontuário em meio físico ou eletrônico.

Além disso, o estabelecimento de políticas eficazes de certificação às instituições de saúde, por meio da implementação da gestão de risco e da sua acreditação, vinculadas ao cumprimento das determinações normativas e legais que visem a segurança, são de grande relevância, e têm como escopo a motivação, eficiência e qualificação dessas instituições, de seus gestores e de suas equipes de saúde, visando evitar ou minorar os eventos adversos. Segundo assevera Mere Júnior<sup>48</sup>:

O ingresso de estabelecimentos de saúde em programas de qualidade ajuda, afinal os processos de trabalho ficam mais claros, os profissionais são treinados e a governança corporativa e assistencial são instauradas, podendo o poder público incentivar essas instituições, por meio de linhas de financiamento mais acessíveis às instituições que se prontifiquem a obter a certificação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), e o selo de qualidade, reconhecido pelo Ministério da Saúde. [...] **No entanto, dos mais de 297 mil estabelecimentos de saúde existentes no país, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apenas 567 são acreditados.** (g.n)

---

<sup>48</sup> MERE JÚNIOR, Yussif Ali. Pandemia dos eventos adversos no Brasil e no mundo: como minimizá-la. **Revista Wareline Conecte Info: tecnologia em saúde.** 15 ed. 2017. Disponível em: <https://www.wareline.com.br/wareline/noticias/pandemia-dos-eventos-adversos-no-brasil-e-no-mundo-como-minimiza-la/#:~:text=conecte%2Fw-,Pandemia%20dos%20eventos%20adversos%20no,no%20Mundo%3A%20como%20minimiz%C3%A1-la&text=Segundo%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20de,equivocadas%20de%20medicamentos%20at%C3%A9%20C3%B3bitos>. Acesso em: 8 jun.2022.

Vale lembrar ser necessária a implementação efetiva da transparência de dados relativos à ocorrência de eventos adversos, dos custos decorrentes desses eventos, por parte do poder público, as quais propiciam internações prolongadas, reabilitação de pacientes sequelados, óbitos e, como via de consequência, indenizações por parte do Estado, das instituições de saúde ou por parte dos profissionais liberais. A divulgação desses dados sobre os resultados assistenciais e econômicos pelo poder público, aos seus assistidos, são de extrema relevância, de modo a parametrizar a qualificação das instituições de saúde, com a finalidade de uma escolha consciente por parte do usuário e sua família, baseada na qualidade e eficiência, nos custos assistenciais e em seus resultados.

O esclarecimento aos gestores, juristas, profissionais de saúde, estudantes e, principalmente, à sociedade, de que a cultura punitiva adotada, até o presente momento, não tem sido resolutiva e eficaz, é primordial, levando em consideração a reflexão crítica e construtiva sobre o desafio à necessária mudança dos paradigmas atualmente adotados, no âmbito das políticas públicas e no ordenamento jurídico brasileiro, com vistas ao estabelecimento de mecanismos eficazes de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população brasileira, calcados nas legislações e normativas exaradas pelos ambientes regulatórios. Segundo asseveram Couto; Pedrosa; e Rosa<sup>49</sup> :

No Brasil existem fartos arcabouços regulatórios que têm evoluído de forma coerente, com as melhores evidências científicas, no entanto, é necessário aprofundar e aprimorar os mecanismos apontados pela legislação, e especialmente, verificar a correta aplicação do requisito legal na rede hospitalar brasileira.

O país segue, ainda, o modelo tradicional de responsabilização civil, fundado na culpabilidade, em que se aplicam os dispositivos do CC e do CDC aos modelos assistenciais de saúde, na ocorrência de eventos adversos. Segundo Albuquerque e Regis<sup>50</sup>, esses diplomas jurídicos não fazem distinção dos eventos adversos ocorridos devido aos erros sistêmicos, i. e., que se identificam por erros humanos com ênfase ao próprio evento e a promoção da cultura não punitiva, e o sistema da negligência, que consiste na falha do processo decisório do profissional em alcançar determinado padrão de cuidado em saúde, devido a uma decisão

---

<sup>49</sup> COUTO, R.C.; PEDROSA, T.G.M.; ROSA, M. B. **Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil: erros acontecem**, Belo Horizonte, 2017. p.39. Disponível em: <https://www.iess.org.br/biblioteca/anuario-e- pareceres/anuario-da-seguranca-hospitalar/erros-acontecem-forca-da-Estudo-eventos-adversos-no-Brasil-2016.pdf> (ismp-brasil.org). Acesso em: 30 maio 2022.

<sup>50</sup> ALBUQUERQUE, Aline; REGIS, Arthur. Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 3-25, nov. 2019/fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i3p3-25>. Acesso em: 18 jun. 2022.

incorreta, ao revés do que, hodiernamente, é adotado pelos países com sistemas de saúde avançados, como: Noruega, Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia.

O ordenamento jurídico pátrio encontra-se, ainda, incipiente ao tratar da legislação de segurança do paciente e os mecanismos jurídicos correlacionados. Nesse âmbito, a principal iniciativa estatal é o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria n. 529/2013<sup>51</sup>, do Ministério da Saúde (MS), que se configura como marco da segurança do paciente no país. Apesar do PNSP reconhecer a construção e consolidação da cultura da segurança, importante ressaltar que a consolidação dessa cultura se condiciona à inovação de mecanismos jurídicos nesse âmbito. Outrossim, a despeito de valiosos planejamentos, portarias e materiais produzidos pela ANVISA, considerando a sua competência legal, não compete a ela, a formulação de leis ordinárias nacionais que vinculem as normas infralegais sobre a segurança do paciente, à aplicabilidade cogente pelas instituições de saúde e pelos profissionais assistentes.

Dessa forma, urge afirmar que o Brasil se encontra em atraso quando comparado com os países avançados, no que se refere aos resguardos dos direitos dos pacientes e da promoção da qualidade dos cuidados de saúde e da segurança na assistência. Assim, o país precisa exaurir a continuidade do distanciamento entre a regulação e a discricionariedade de gestores em aplicar a legislação e as normas pertinentes ao cuidado seguro e eficaz. Somente a partir do estabelecimento de normas que vinculem a obrigação de fazer por parte dos gestores em saúde, é que começaremos a realmente avançar nesse contexto da segurança do paciente, reduzindo os eventos adversos e, por conseguinte, o quantitativo de processos judiciais reparatórios.

---

<sup>51</sup>BRASIL. Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, n. 62, 2 de abril 2013. Seção 1. p.43-44 Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 19 jun. 2022.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade do incremento das ações preventivas e a promoção da assistência segura, competente e eficaz, em oposição às ações punitivas, adotadas pelos órgãos e instituições competentes, que ocorrem, prevalentemente, após o acontecimento de eventos adversos, propiciam o círculo vicioso entre os efeitos danosos e os mecanismos punitivos. Na realidade, isso não tem contribuído para a diminuição dessas ocorrências, e como resultado, os eventos adversos resultam no aumento do período de internações hospitalares, o estabelecimento de sequelas, e, não raro, óbitos de pacientes, com a conseqüente elevação de gastos hospitalares para o Estado e sofrimento das vítimas e seus familiares.

Não obstante, essas ocorrências expõem o profissional à mídia, e oportunizam a judicialização dos casos, fomentando o quantitativo das demandas judiciais reparatorias, desgastantes para a tríade paciente/família, profissionais e instituições de saúde, sobrecarregando o Poder Judiciário.

Nesse cenário, com o objetivo de discutir as ocorrências de eventos adversos e as conseqüências jurídicas, esse estudo utilizou a metodologia de abordagem quantitativa e qualitativa com a busca ordenada da literatura científica, relacionada à segurança do paciente, bem como a pesquisa doutrinária, regulatória e jurisprudencial no âmbito da responsabilidade civil e das ações judiciais reparatorias, envolvendo profissionais de saúde.

Nesse sentido, foi possível verificar que a saúde brasileira necessita de estímulos e incentivos à cultura da segurança, e o refinamento do ordenamento jurídico, com a finalidade de mitigar a ocorrência constante desses eventos. Ademais, o presente estudo permitiu verificar os elementos causadores de erros cometidos por profissionais, bem como o que pode ser feito para mitigar essas ocorrências.

No Brasil, destacam-se como elementos causadores de eventos adversos: a estrutura física deficiente e/ou sucateada das instituições de saúde, os equipamentos obsoletos disponíveis para a assistência, a deficiência na qualidade e no controle de processos assistenciais, o inadequado dimensionamento de recursos humanos e materiais, a insuficiência, ou mesmo, a inaplicabilidade da educação, treinamento e capacitação contínuos em serviço. Além disso, o atendimento efetivo à legislação sanitária brasileira, por grande parte da rede hospitalar e de assistência à saúde é discricionária e não atende aos requisitos mínimos



adequados à assistência segura. É necessário, porquanto, qualificar a rede brasileira de assistência à saúde, com a implementação da gestão baseada em normas certificáveis, por meio da efetiva execução das normas e protocolos de segurança do paciente.

Com efeito, a aplicação efetiva desses instrumentos regulatórios às práticas e procedimentos assistenciais, ratifica-se a necessidade de que as normas de segurança sejam obedecidas de forma sistêmica e cogente, por meio da revisão do ordenamento jurídico brasileiro com vistas à instituição de leis nacionais ordinárias, que vinculem a aplicabilidade cogente das normas e protocolos de segurança já existentes, no âmbito das instituições de saúde e da equipe multiprofissional, com extensão aos profissionais liberais da saúde, uma vez que a legislação se constitui em um mecanismo simbólico, coercitivo e basilar sobre a segurança do paciente, pois, hodiernamente, vivenciamos considerável distanciamento entre a regulação e sua efetividade na aplicação prática.

Verifica-se, portanto, necessária a mudança dos paradigmas que envolvem as políticas públicas relacionadas à segurança do paciente, e os aspectos legais a ela pertinentes. Somente, assim, poderá haver o avanço, no sentido de mitigar o quantitativo de processos de reparação civil, envolvendo os profissionais de saúde. A partir disso, poder-se-á elevar a qualidade de assistência prestada aos seus usuários.

Nesse contexto, diante da situação de crise enfrentada pela saúde brasileira, no tocante a ocorrência de milhares de eventos adversos, e do desafio de mitigar o quantitativo de processos judiciais reparatórios, a necessidade de mudança dos paradigmas vigentes é premente e, certamente, levará a melhoria da qualidade assistencial, reduzindo as elevadas estatísticas de erros técnicos cometidos por profissionais de saúde.

Espera-se que esse estudo estimule a reflexão e a discussão sobre o tema abordado e que possa contribuir para mudanças necessárias do ordenamento jurídico, com a finalidade da elaboração de instrumentos legislativos cogentes, que vinculem as instituições de saúde aos protocolos de segurança adotados pela OMS, Ministério da Saúde e ANVISA, no que tange os cuidados em saúde, à acreditação hospitalar e à gestão de riscos, que envolvem os mecanismos de segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline; REGIS, Arthur. Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 3-25, nov. 2019/fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i3p3-25>. Acesso em: 18 jun. 2022.

ANVISA. **Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. Brasília, 2017. p. 30-31. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=ODk0OQ%2C%2C%20>. Acesso em: 25 out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm). Acesso em: 2 maio 2022.

BRASIL. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/d94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm). Acesso em: 2 maio 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18078compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm). Acesso em: 5 jun. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula n. 37**. Segunda Seção. Brasília, 12 de março de 1992. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/publicacaoainstitucional/index.php/sumstj/article/view/5223/5348>. Acesso em: 29 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 9.494, de 10 de setembro de 1997**. Disciplina a aplicação da tutela antecipada contra a Fazenda Pública, altera a Lei 7.347, de 24 de julho de 1985, e dá outras providências. Brasília, 1997. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19494.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19494.htm). Acesso em: 30 maio 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, 2002. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm). Acesso em: 2 maio 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. **REsp 880349/MG**. Terceira Turma. Embargante: Luiz Carlos Viana. Embargados: Hélio Fortes Ribeiro e outros; UNIMED Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico; Fábio Paiva Tavares. Relator. Min. Castro Filho. Brasília, 26, de junho de 2007. Disponível em : [https://processo.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?i=1&b=ACOR&livre=\(\(%27RESP%27.clap.+e+@num=%27880349%27\)+ou+\(%27RESP%27+adj+%27880349%27.suce.\)\)&thesaurus=JURIDICO&fr=veja](https://processo.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?i=1&b=ACOR&livre=((%27RESP%27.clap.+e+@num=%27880349%27)+ou+(%27RESP%27+adj+%27880349%27.suce.))&thesaurus=JURIDICO&fr=veja). Acesso em: 2 maio 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. **REsp 908.359/SC**. Segunda Seção. Recorrente: Hospital e Maternidade São Lourenço Ltda. Recorrido: Maria de Lourdes Amândio Machado. Relatora: Min. Nancy Andrighi. Brasília, 27, de agosto de 2008.

Disponível em:

[https://processo.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?i=1&b=ACOR&livre=\(\(%27RESP%27.clap.+e+@num=%27908359%27\)+ou+\(%27RESP%27+adj+%27908359%27.suce.\)\)&thesaurus=JURIDICO&fr=veja](https://processo.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?i=1&b=ACOR&livre=((%27RESP%27.clap.+e+@num=%27908359%27)+ou+(%27RESP%27+adj+%27908359%27.suce.))&thesaurus=JURIDICO&fr=veja). Acesso em: 02 abr. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula n. 387**. Segunda Seção. Brasília, 26, de agosto de 2009. Disponível em: [https://www.stj.jus.br/docs\\_internet/revista/electronica/stj-revista-sumulas-2013\\_35\\_capSumula387.pdf](https://www.stj.jus.br/docs_internet/revista/electronica/stj-revista-sumulas-2013_35_capSumula387.pdf). Acesso em: 29 abr. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Súmula n° 341**. Brasília, 16 de outubro de 2009.

Disponível em:

<https://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/menuSumarioSumulas.asp?sumula=2478>. Acesso em: 2 maio 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. **REsp 1.180.815/MG**. Terceira Turma. Recorrente: Fernanda de Souza Panta. Recorrido: Carlos Fernando Hudson Nascimento. Relatora: Min. Nancy Andrighi, Brasília, 26, de agosto de 2010. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/15932146/recurso-especial-resp-1180815-mg-2010-0025531-0/inteiro-teor-16827834>. Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. **REsp 986.648/PR**. Terceira Turma. Recorrente: Marcos Rogério Chaerki. Recorrido: Organização Médica Clinihauer Ltda. Relator: Min. Paulo de Tarso Sanseverino. Brasília, 10, de maio de 2011. Disponível em:

<https://scon.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=%28RESP.clas.+e+%40num%3D%22986648%22%29+ou+%28RESP+adj+%22986648%22%29.suce>. Acesso em: 02 abr. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. **REsp 774963/RJ**. Quarta Turma. Recorrentes: Luiz Fernando Pinho do Amaral e outro, e Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Recorrido: Cecília Marques de Souza. Relatora: Min. Maria Isabel Gallotti. Brasília, 6, de dezembro de 2012. Disponível em:

<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/865450512/recurso-especial-resp-774963-rj-2005-0137527-1/inteiro-teor-865450619>. Acesso em: 5 jun. 2022.

BRASIL. Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, n. 62, 2 de abril 2013. Seção 1. p.43-44 Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 19 jun. 2022.

BRASIL. Recurso Especial. **REsp 1.551.072/SP**. Quarta Turma. Recorrente: Izabel Margarida da Conceição. Recorridos: Instituto de Oftalmologia Tadeu Cvintal S/C Ltda. Abensena- Associação Beneficente Nossa Senhora de Nazaré. Tóquio Marine Seguradora S/A. Relator: Min. Marco Buzzi. Brasília, 5, de maio de 2016. Disponível em:

<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/340017028/recurso-especial-resp-1511072-sp-2012-0257713-0/inteiro-teor-340017063>. Acesso em: 02 abr. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. **REsp 1540580/DF**. Quarta Turma. Recorrentes: Dimas Pereira e Abrahao; Lindalva Gonçalves Abrahao; Tiago Barboza Abrahao. Recorridos: Sociedade Beneficente De Senhoras Hospital SÍrio Libanês; Clínica

Paulista de Neurologia e Neurocirurgia Ltda; Manoel Jacobsen Teixeira. Relator: Min. Luis Felipe Salomão; AgRg no Ag 969.015/SC. Relatora: Min. Maria Isabel Gallotti. Brasília, 2, de agosto de 2018. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/621592003/recurso-especial-resp-1540580-df-2015-0155174-9/inteiro-teor-621592011>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário. **RE 1.027.633-SP**. Recorrente: Maria Felicidade Peres Campos Arroyo. Recorrente: Jesus Jo O Batista. Assistentes: União; Confederação Nacional de Municípios; Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil. Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília, 14 de agosto de 2019. Disponível em <https://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoDetalhe.asp?incidente=5136782>. Acesso em: 3 maio 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. **REsp 1848862/RN**. Terceira Turma. Recorrentes: Anna Maria da Trindade dos Reis; Geraldo de Macedo da Trindade. Recorridos: José Delfino da Silva Neto; Pedro de Oliveira Cavalcanti Filho; Clínica Pedro Cavalcanti Ltda. Relator: Min. Marco Aurélio Bellizze. Brasília, 5 de abril de 2022. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1455143407/recurso-especial-resp-1848862-rn-2018-0268921-9/inteiro-teor-1455143427>. Acesso em: 5 jun. 2022.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2022.

COUTO, Roberto C.; JUNIOR, Yussif A.M. Pandemia dos eventos adversos no Brasil e no mundo: como minimizá-la. **Revista wareline conecte info: tecnologia em saúde**, São Paulo, 15 ed. p. 3, ago. 2017.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.G.M.; ROSA, M. B. **Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil: erros acontecem**, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <https://www.iess.org.br/biblioteca/anuario-e-pareceres/anuario-da-seguranca-hospitalar/erros-acontecem-forca-da-estudo-eventos-adversos-no-brasil-2016.pdf> (ismp-brasil.org). Acesso em: 30 maio 2022.

COUTO et al. **II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil: propondo as prioridades nacionais**. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://www.iess.org.br/biblioteca/anuario-e-pareceres/anuario-da-seguranca-hospitalar/2o-anuario-da-seguranca-assistencial>. Acesso em: 12. Nov. 2021.

CRESTANI, Jaqueline. **RC profissional: saiba tudo sobre o seguro de responsabilidade civil profissional**. [S.l.]: Mutuus. Disponível em: <https://www.mutuus.net/blog/seguro-rc-profissional/>. Acesso em: 19 jun. 2022.

FARIAS, C. A.; ROSENVALD, N. **Curso de direito civil**, v. 1, 16 ed. rev., ampl. e atual. Salvador: Juspodium, 2018.

GOMES, Talita Rodrigues; DELDUQUE, Maria Célia. O erro médico sob olhar do judiciário: uma investigação no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 6, n.1, p. 72-85, jan./mar. 2017. Disponível

em: file:///C:/Users/eloiz/Downloads/ojsadmin,+4+362-1213-1-RV-talita.pdf. Acesso em: 18 jun. 2022.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**. v. 4: responsabilidade civil. 16 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021.

JUDICIALIZAÇÃO da saúde no Brasil em números. **Ipog Blog**, 20 nov. 2017. Disponível em: [https://blog.ipog.edu.br/saude/judicializacao-da-sade-em-numeros/?utm\\_source=blogpost&utm\\_campaign=blogpost](https://blog.ipog.edu.br/saude/judicializacao-da-sade-em-numeros/?utm_source=blogpost&utm_campaign=blogpost). Acesso em: 18 jun. 2022.

KUHN, Thomas S. **The structure os cientific revolutions**. 4. ed. Chicago: University of Chicago Press, 2012. p. 10-51; 52-55; 66-91; 92-134. Disponível em: <https://culturalstudiesnow.blogspot.com/2017/10/short-summary-structure-of-scientific.html#:~:text=In%20%22The%20Structure%20of%20Scientific%20Revolutions%20%20Kuhn%20describes%20the%20history,elaborating%20knowledge%20within%20the%20paradigm>. Acesso em: 27 jun. 2022.

MERE JÚNIOR, Yussif Ali. Pandemia dos eventos adversos no Brasil e no mundo: como minimizá-la. **Revista Wareline Conecte Info: tecnologia em saúde**. [S.l], 15 ed. 2017. Disponível em: <https://www.wareline.com.br/wareline/noticias/pandemia-dos-eventos-adversos-no-brasil-e-no-mundo-como-minimiza-la/#:~:text=conecte%2Fw-,Pandemia%20dos%20eventos%20adversos%20no,no%20Mundo%3A%20como%20minimiz%C3%A1-la&text=Segundo%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20de,equivocadas%20de%20medicamentos%20at%C3%A9%20C3%B3bitos>. Acesso em: 8 jun.2022.

ORDEM DOS ENFERMEIROS DE PORTUGAL. **Seguro de responsabilidade civil profissional**. Portugal, 2017. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Paginas/Seguro-de-Responsabilidade-Civil-Profissional>. Acesso em: 19 jun. 2022.

TARTUCE, Flávio. **Manual de direito civil**. v. único. 9 ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2019.

## APÊNDICE A – Responsabilidade civil dos profissionais de saúde

<b>Profissionais de Saúde</b>	<b>Natureza da Obrigação</b>	<b>Natureza da Responsabilidade</b>	<b>Legislação</b>
Profissional liberal com vínculo empregatício com a IS	de meio	Subjetiva	Arts. 186, 927, 951, CC; e,  Art. 14, § 4º, CDC
Profissional liberal autônomo: cirurgiões plásticos, dentistas, enfermeiros, dermatologistas, biomédicos e outros profissionais atuantes na área de estética	de fim/resultado	Subjetiva	Arts. 186, 927, 951, CC; e,  Art. 14, § 4º, CDC
Equipe multiprofissional atuando em conjunto: Centros cirúrgicos, Unidades de emergências, UTI, e outros	Geralmente de meio	Subjetiva	Arts. 186, 927, 951, CC; e,  Art. 14, § 4º, CDC

**OBS: Os profissionais integrantes das equipes multiprofissionais, atuando na assistência em conjunto, não responderão solidariamente, caso não tenham concorrido para a ocorrência do evento adverso.**

**IS= Instituição de Saúde**

## APÊNDICE B – Responsabilidade civil das instituições de saúde e dos profissionais de saúde

<b>Profissionais de Saúde- vínculo empregatício/Falhas atribuíveis à IS</b>	<b>Natureza da RC da Instituição de Saúde</b>	<b>Natureza da RC do profissional de Saúde</b>	<b>Legislação aplicada</b>
Profissional de Saúde <b>com</b> vínculo empregatício	Responsabilidade Objetiva	Responsabilidade Subjetiva	<p><b>À IS:</b> arts. 12, 14, 19 e 20, do CDC.</p> <p><b>Aos Prof. Saúde:</b> arts. 186, 927 e 951, do CC; e, art. 14, § 4º, do CDC.</p>
Profissional de Saúde <b>sem</b> vínculo empregatício	<b>Não responde pelo dano</b>	Responsabilidade Subjetiva	arts. 186, 927 e 951, do CC; e, art. 14, § 4º, do CDC.
Profissional de Saúde – <b>Servidor Público</b>	Responsabilidade Objetiva	Responsabilidade subjetiva – (Teoria da Dupla Garantia) responde em ação regressiva impetrada pela instituição	<p><b>À IS:</b> art. 37, § 6º, da CFRB/88; e, art. 43, do CC; art. 22, p. único, do CDC.</p> <p><b>Aos Prof. Saúde:</b> arts. 186, 927, 951 e 934, do CC.</p>
<b>Dano causado pelo fato do serviço ou pelo fato do produto</b>	<b>Responsabilidade Objetiva</b>	<b>Não responde</b>	Arts. 12 e 14, § 1º, do CDC e art. 927, p. único, do CC

### LEGENDAS:

**IS-** Instituições de Saúde

**Prof. Saúde-** Profissionais de saúde

## ANEXO A- Quadro Comparativo: Justiça em Números 2016 x 2017- CNJ

Os dados do relatório de 2017 (ano-base 2016) da judicialização na saúde demonstra que número total processos obteve o significativo aumento de 49% em relação às estatísticas dos mesmos tipos de processos divulgados no relatório de 2016 (ano-base 2015). Vide planilha:

	<b>Relatório Justiça em Números 2016</b>	<b>Relatório Justiça em Números 2017</b>	
<b>Tipos de processos</b>	<b>Ano base 2015</b>	<b>Ano base 2016</b>	<b>Aumento (%)</b>
Controle social e Conselhos de saúde	1.468	2.008	37%
Convênio médico com o SUS	737	1.037	41%
Doação e transplante órgãos/tecidos	491	597	22%
<b>Erro médico (g.n)</b>	38.810	57.739	49%
Fornecimento de medicamentos	200.090	312.147	56%
Hospitais e outras unidades de saúde	5.642	8.774	56%
Planos de saúde (benefício trabalhista)	36.611	56.105	53%
Planos de saúde (direito do consumidor)	293.449	427.267	46%
Saúde mental	3.001	4.612	54%
Tratamento médico hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos	151.856	214.947	42%
<b>Tratamento médico-hospitalar (g.n)</b>	60.696	98.579	62%
<b>TOTAL</b>	<b>792.851</b>	<b>1.183.812</b>	<b>49%</b>

Fonte **Ipog Blog**, In: CNJ: Justiça em Números - Relatórios 2016 e 2017. Disponível em:

<https://blog.ipog.edu.br/saude/judicializacao-da-sade-em->

[numeros/?utm\\_source=blogpost&utm\\_campaign=blogpost](https://blog.ipog.edu.br/saude/judicializacao-da-sade-em-numeros/?utm_source=blogpost&utm_campaign=blogpost). Acesso em 18 jun. 2022.



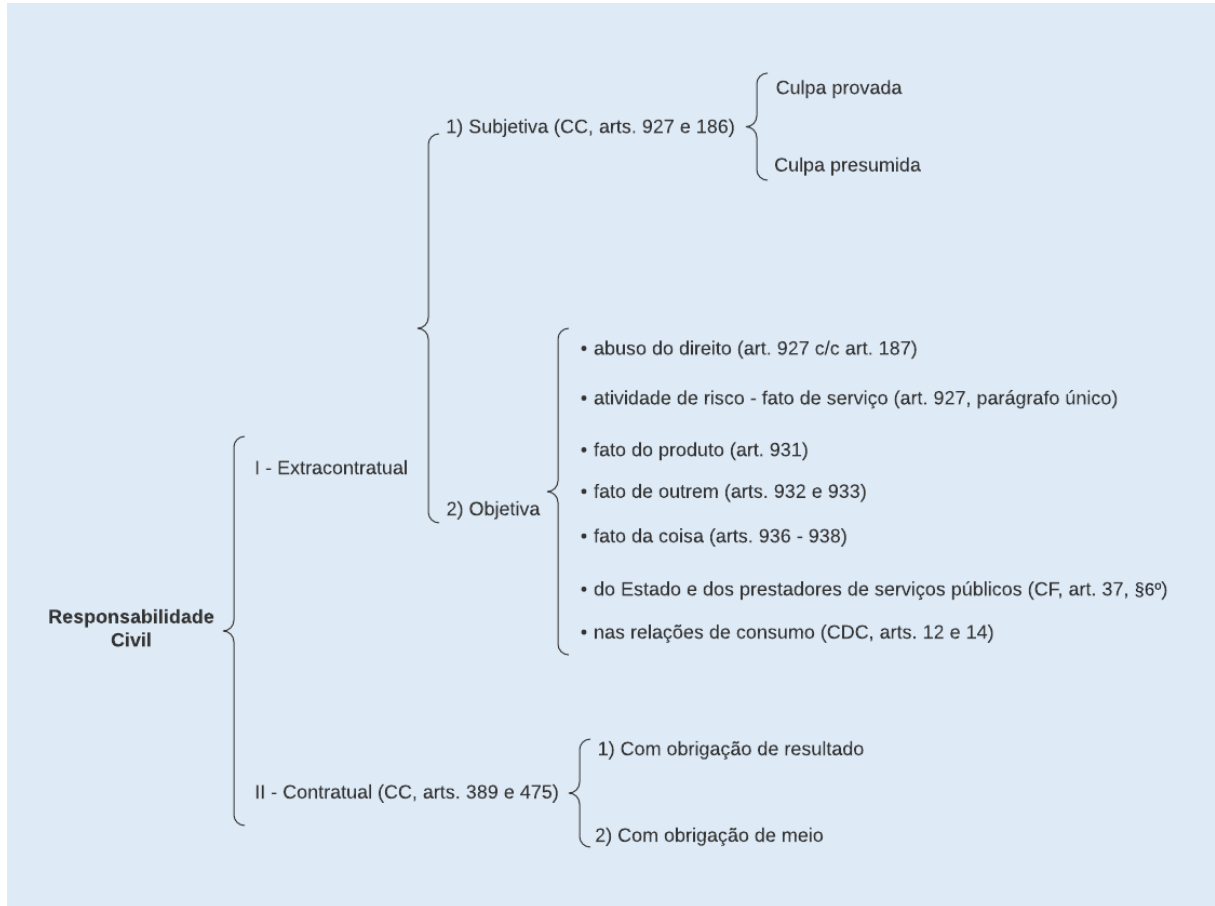
**ANEXO B- Especialidades médicas/Enfermagem/Odontologia/Fisioterapia em número de processos de erro médico no TJDFT, entre os anos de 2013-2015**

	<b>Especialidade</b>	<b>Número de processos</b>	<b>percentuais</b>
1º	Ginecologia e Obstetrícia	45	22,28%
2º	Cirurgia Geral	39	19,31%
3º	Cirurgia Plástica	24	11,88%
4º	Ortopedia	21	10,40%
5º	Oncologia	15	7,43%
6º	Neurocirurgia	10	4,95%
7º	Oftalmologia	10	4,95%
8º	Odontologia	7	3,47%
9º	Cardiologia	6	2,97%
10º	Urologia	5	2,48%
11º	Anestesiologia	3	1,49%
12º	Enfermagem	3	1,49%
13º	Hematologia	2	0,99%
14º	Infectologia	2	0,99%
15º	Radiologia	2	0,99%
16º	Reprodução Assistida	2	0,99%
17º	Dermatologia	1	0,50%
18º	Endocrinologia	1	0,50%
19º	Farmácia	1	0,50%
20º	Fisioterapia	1	0,50%
21º	Pneumologia	1	0,50%
22º	Proctologia	1	0,50%

Fonte: TJDFT

Extraído de: GOMES, Talita R; DELDUQUE, Maria Célia. O erro médico sob o olhar do Judiciário: uma investigação no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. 2017. Jan./mar. v. 6. n. 2, p. 80-81.

## ANEXO C – Quadro Sinótico da Responsabilidade Civil



Fonte: CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2022. p. 34.

**ANEXO D – REsp 1540580/DF 2015/0155174-9**

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

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

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

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

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

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

6. O dever de informar é dever de conduta decorrente da boa-fé objetiva e sua simples inobservância caracteriza inadimplemento contratual, fonte de responsabilidade civil per se. **A indenização, nesses casos, é devida pela privação sofrida pelo paciente em sua autodeterminação, por lhe ter sido retirada a oportunidade de ponderar os riscos e vantagens de determinado tratamento, que, ao final, lhe causou danos, que poderiam não ter sido causados, caso não fosse realizado o procedimento, por opção do paciente.**

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

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

9. Inexistente legislação específica para regulamentar o dever de informação, é o Código de Defesa do Consumidor o diploma que desempenha essa função, tornando bastante rigorosos os deveres de informar com clareza, lealdade e exatidão (art. 6º, III, art. 8º, art. 9º). 10. Recurso especial provido, para reconhecer o dano extrapatrimonial causado pelo inadimplemento do dever de informação. Grifo nosso

**Acórdão**

Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO (1140)

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial. **REsp 1540580/DF**. Quarta Turma. Recorrentes: Dimas Pereira e Abrahao; Lindalva Gonçalves Abrahao; Tiago Barboza Abrahao. Recorridos: Sociedade Beneficente De Senhoras Hospital Sírio Libanês; Clínica Paulista de Neurologia e Neurocirurgia Ltda; Manoel Jacobsen Teixeira. Relator: Min. Luis Felipe Salomão: AgRg no Ag 969.015/SC. Relatora: Min. Maria Isabel Gallotti. Brasília, 2, de agosto de 2018. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/621592003/recurso-especial-resp-1540580-df-2015-0155174-9/inteiro-teor-621592011>. Acesso em: 10 jun. 2022.