



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO**

LUANNA DOS SANTOS FREITAS

**RESPONSABILIDADE CIVIL POR ERRO MÉDICO E A CULTURA DE PREVENÇÃO
NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO**

**CAMPINA GRANDE - PB
2022**

LUANNA DOS SANTOS FREITAS

**RESPONSABILIDADE CIVIL POR ERRO MÉDICO E A CULTURA DE PREVENÇÃO
NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado a Coordenação do Curso de Direito da Universidade Estadual da Paraíba, Campus I, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

Área de concentração: Bioética e Direitos Humanos.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Alice Ramos Tejo Salgado

**CAMPINA GRANDE - PB
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F866r Freitas, Luanna dos Santos.
Responsabilidade civil por erro médico e a cultura de prevenção no Hospital Universitário Alcides Carneiro [manuscrito] / Luanna dos Santos Freitas. - 2022.
34 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Jurídicas, 2022.
"Orientação : Profa. Dra. Ana Alice Ramos Tejo Salgado, Coordenação do Curso de Direito - CCJ."

1. Direito fundamental à saúde. 2. Erro médico. 3. Responsabilidade civil. 4. Cultura de prevenção. I. Título
21. ed. CDD 347

LUANNA DOS SANTOS FREITAS

**RESPONSABILIDADE CIVIL POR ERRO MÉDICO E A CULTURA DE PREVENÇÃO NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

Área de concentração: Bioética e Direitos Humanos.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Alice Ramos Tejo Salgado

Aprovada em: 04/08/2022

BANCA EXAMINADORA

Ana Alice Ramos Tejo Salgado
Prof. Dra. Ana Alice Ramos Tejo Salgado (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

[Assinatura]
Prof. Olívia Maria Peixoto Flôr
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Rayane Félix Silva
Prof. Rayane Félix Silva
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



“Foi o tempo que dedicaste a tua rosa que fez a tua rosa tão importante” (SAINT-EXUPÉRY, Antoine de. O Pequeno Príncipe, 2009).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CC/02	Código Civil de 2002
CEM	Código de Ética Médica
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
EA	Eventos Adversos
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSP	Plano de Segurança do Paciente
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
STJ	Superior Tribunal de Justiça
STF	Supremo Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL NO CORPO SOCIAL BRASILEIRO	9
2.1 Importância do sus e dos profissionais de saúde na efetivação do direito fundamental à saúde	11
2.2 Deficiência na formação do médico no cenário atual como fator concorrente para o erro médico	12
3 ERRO MÉDICO	14
3.1 Conceito e tipos de erro médico	14
3.2 Caracterização do erro médico	15
3.2.1 <i>Imprudência</i>	15
3.2.2 <i>Imperícia</i>	16
3.2.3 <i>Negligência</i>	17
4 A RESPONSABILIDADE CIVIL DECORRENTE DE ERRO MÉDICO	17
4.1 Conceito de responsabilidade civil	18
4.2 Responsabilidade objetiva e subjetiva e os pressupostos da responsabilidade civil	19
4.3 A responsabilidade civil do médico	20
4.3.1 <i>Processo para caracterização da responsabilidade civil do médico</i>	21
4.3.2 <i>Natureza da responsabilidade civil e da obrigação civil do profissional da medicina</i>	22
4.4 Reparação do dano decorrente de erro médico	24
5 A CULTURA DE PREVENÇÃO COMO FATOR DETERMINANTE PARA REDUÇÃO DO ERRO MÉDICO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO	25
5.1 Cartilhas e protocolos de segurança do paciente no hospital universitário alcides carneiro	27
6 CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS.....	30

RESPONSABILIDADE CIVIL POR ERRO MÉDICO E A CULTURA DE PREVENÇÃO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

CIVIL RESPONSIBILITY FOR MEDICAL ERRORS AND THE CULTURE OF PREVENTION AT HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

Luanna dos Santos Freitas¹

RESUMO

O direito fundamental à saúde, assegurado pela Constituição Federal de 1988, deve ser garantido a todos os cidadãos do país, sem distinção. Apesar do significativo avanço no Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua criação, é inegável que ainda há muitos problemas nesse sistema, principalmente no tocante a qualidade dos cuidados com os pacientes, que muitas vezes sofrem danos irreparáveis em decorrência de erro médico. Isto posto, o presente trabalho busca analisar: como o médico pode ser responsabilizado civilmente pelas práticas danosas, cometidas de forma culposa, contra seus pacientes? E, ainda, como criar uma cultura de prevenção ao erro médico e aos eventos adversos no ambiente hospitalar? Para responder as referidas indagações, o presente estudo tem como objetivo geral analisar a responsabilidade civil decorrente de erro médico e a cultura de prevenção, estimulada pelo Hospital Universitário Alcides Carneiro, situado em Campina Grande/PB, através de protocolos e cartilhas de segurança ao paciente. Portanto, é substancial a compreensão sobre a importância do sistema único de saúde e dos profissionais de saúde na efetivação do direito fundamental à saúde, a análise e a caracterização do erro médico e o estudo da responsabilidade civil do médico e dos seus pressupostos, assim como a pesquisa de mecanismos que visam mitigar as condutas danosas aos pacientes no ambiente médico. O estudo recorreu ao método dedutivo com abordagem de caráter descritivo, utilizando-se a pesquisa bibliográfica e documental para fundamentar o presente artigo. Por fim, a pesquisa validou as hipóteses apresentadas, ressaltando que caso o médico atue de forma negligente, imprudente ou imperita e cause danos aos seus pacientes, este deverá ser processado na seara civil e terá que reparar o dano causado e que existem mecanismos capazes de prevenir essas práticas danosas no ambiente hospitalar, através da cultura de prevenção estimulada pelos protocolos e cartilhas de segurança do paciente, com base no Núcleo de Segurança do Paciente.

Palavras-chave: Direito Fundamental à Saúde. Erro médico. Responsabilidade Civil. Cultura de Prevenção.

¹ Concluinte do Curso de Bacharelado em Direito da Universidade Estadual da Paraíba. Email: luanna.freitas@aluno.uepb.edu.br

ABSTRACT

The fundamental right to health, guaranteed by the Federal Constitution of 1988, must be assured to all citizens in the country, without distinction. Despite the significant progress in Sistema Único de Saúde (SUS), since its creation, it is undeniable that there are still many problems in this system, especially regarding the quality of care for patients, who often suffer irreparable damage as a result of medical error. That said, the present work seeks to analyze: how can the physicians be held civilly responsible for harmful practices, committed in a culpable way, against his patients? And yet, how to create a culture of prevention of medical errors and adverse events in the hospital environment? To answer these questions, the present project has the general objective of analyzing civil liability resulting from medical errors and the prevention culture, stimulated by the Alcides Carneiro University Hospital, in Campina Grande/PB City, through patient safety protocols and booklets. Therefore, it is substantial to understand the importance of the unified health system and health professionals in the assurance of the fundamental right to health, the analysis and characterization of medical errors and the study of the doctor's civil liability and its assumptions, as well as the search for mechanisms that aim to mitigate harmful behavior to patients in the medical environment. The project used the deductive method with a descriptive approach, using bibliographic and documentary research to support this article. Finally, the research validated the hypotheses presented, emphasizing that if the physicians act negligently, recklessly or imperfectly and cause damage to his patients, they must be prosecuted in civil court and will have to repair the damage caused and there are mechanisms capable of preventing these harmful practices in the hospital environment, through the prevention culture stimulated by patient safety protocols and booklets, based on the Patient Safety Center.

Keywords: The fundamental right to health. Medical Error Civil Liability. Culture of prevention.

1 INTRODUÇÃO

O Direito à Saúde foi assegurado pela Constituição da República de 1988 como um Direito Fundamental, decorrente do direito à vida e do direito à dignidade da pessoa humana. Nesse sentido, cabe ao Estado e à sociedade prover este direito a todos que necessitam, garantindo tratamentos adequados e eficazes para população. Entretanto, observa-se no corpo social diversos problemas relacionados a prestação de serviço médico, principalmente na qualidade dos cuidados com os pacientes, que muitas vezes sofrem danos em decorrência de condutas negligentes, imprudentes e imperitas por parte dos profissionais da medicina.

Nesse cerne, o presente artigo tem como objetivo geral analisar a responsabilidade civil decorrente de erro médico e como a cultura de prevenção atua na mitigação das condutas danosas e eventos adversos relacionados à assistência a pacientes.

Faz-se mister pontuar também alguns objetivos específicos, sendo estes: compreender a importância do sistema único de saúde e dos profissionais de saúde na efetivação do direito fundamental à saúde; analisar o erro médico e concomitantemente, os tipos, os fatores que contribuem para o aumento dos casos e a caracterização do erro médico através das vertentes da culpa: imprudência,

negligência e imperícia; estudar a responsabilidade civil do médico que pratica condutas danosas aos pacientes, analisando os pressupostos da Responsabilidade Civil e a forma de reparação do dano decorrente de erro médico; observar os protocolos e cartilhas elaboradas pelo Hospital Universitário Alcides Carneiro, localizado em Campina Grande/PB, que tratam sobre segurança ao paciente, como forma de criar uma cultura de prevenção.

Em sendo assim, a presente pesquisa busca responder aos seguintes questionamentos: como o médico pode ser responsabilizado civilmente pelas práticas danosas, cometidas de forma culposa, contra seus pacientes? E, ainda, como criar uma cultura de prevenção ao erro médico e aos eventos adversos no ambiente hospitalar?

Com o desígnio de viabilizar a temática proposta, utilizou-se, a priori, do método dedutivo, tendo em vista que iniciou-se com o estudo de informações e proposições gerais com o escopo de alcançar uma conclusão mais específica sobre a matéria. Ainda, adotou-se métodos de abordagem de cunho descritivo, pois a pesquisa tem o condão de responder as perguntas problema abordadas.

No que concerne aos meios, o referido estudo enquadra-se como bibliográfica e como documental. No tocante a pesquisa bibliográfica, observa-se que foram utilizados artigos científicos, jurisprudências, livros e legislação para fundamentar o presente artigo. Em relação a pesquisa documental, justifica-se pela coleta dos protocolos e cartilhas no Hospital Universitário Alcides Craneiro, os quais foram analisados e serviram de base para confirmar as hipóteses levantadas.

Por fim, observa-se que os objetivos evidenciados são alcançados e a problemática proposta é analisada e fundamentada de forma ampla. É revelado durante todo o estudo a importância da temática escolhida, considerando que o Direito à saúde é um direito fundamental, porém é notório que no corpo social brasileiro esse direito muitas vezes é mitigado e os pacientes sofrem danos no tratamento médico em virtude de condutas negligentes, imprudentes e imperitas por parte dos profissionais de saúde. A atuação médica e do quadro de funcionários que compõem os hospitais necessita ser pautada no cuidado, e não obstam dúvidas que a melhor forma de evitar atos danosos à saúde dos pacientes é desenvolver uma cultura de prevenção. Dessa forma, percebe-se a necessidade de implementar de forma efetiva essa cultura em toda rede de saúde brasileira.

2 SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL NO CORPO SOCIAL BRASILEIRO

Na ordem jurídico-constitucional do Brasil, a saúde comunga de uma dupla fundamentalidade formal e material, das quais se revestem os direitos fundamentais em geral, principalmente em virtude de seu regime jurídico privilegiado.

É com esta convicção que Sarlet¹ (2002) ensina que a fundamentalidade formal encontra-se ligada ao direito constitucional positivo e, ao menos na Constituição pátria, desdobra-se em três elementos: a) como parte integrante da Constituição escrita, os direitos fundamentais (e, portanto, também a saúde), situam-se no ápice de todo o ordenamento jurídico, cuidando-se, pois, de norma de superior hierarquia; b) na condição de normas fundamentais insculpidas na Constituição escrita, encontram-se submetidos aos limites formais (procedimento agravado para

¹ SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas Considerações em torno do Conteúdo, Eficácia e Efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988**. Revista Diálogo Jurídico, Salvador, CAJ – Centro de Atualização Jurídica, n. 10, janeiro, 2002.

modificação dos preceitos constitucionais) e materiais (as assim denominadas "cláusulas pétreas") da reforma constitucional; c) por derradeiro, nos termos do que dispõe o artigo 5, parágrafo 1, da Constituição, as normas definidoras de direitos e garantias fundamentais são diretamente aplicáveis e vinculam diretamente as entidades estatais e os particulares.

No que se refere a fundamentalidade em sentido material, Sarlet (2002) argumenta que está ligada à relevância do bem jurídico tutelado pela ordem constitucional, dada a inquestionável importância da saúde para a vida (e vida com dignidade) humana.

O principal consectário do enquadramento de uma norma na categoria dos direitos fundamentais é a admissão da sua supremacia hierárquica – a qual vai além do ponto de vista formal, adentra também axiológico - e, conseqüentemente, da sua força normativa diferenciada. Através hermenêutica constitucional extrai-se dos referidos direitos a máxima possibilidade de gerar efeitos práticos. Essa força normativa, segundo Konrad Hesse² (1991), é o condicionamento recíproco entre a Constituição Jurídica e a realidade político social.

Sob esse prisma, o direito à saúde assegurado pelo constituinte originário deve ser galgado mediante a otimização das políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doenças e de agravos.

Da mesma forma, o direito à saúde, assegurado pela Constituição da República de 1988, como direito fundamental decorrente do direito à vida e da dignidade da pessoa humana, compete ao Estado e à sociedade a obrigação de provê-lo a todos os que dele necessitem. Na esteira desse raciocínio, os artigos constitucionais 6º e 196, ambos da Constituição Federal, consagram o direito à saúde como dever do Estado, o qual deverá, por meio de políticas sociais e econômicas, propiciar aos necessitados o tratamento mais adequado e eficaz, capaz de ofertar ao enfermo maior dignidade e menor sofrimento.

Observa-se:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Parágrafo único. Todo brasileiro em situação de vulnerabilidade social terá direito a uma renda básica familiar, garantida pelo poder público em programa permanente de transferência de renda, cujas normas e requisitos de acesso serão determinados em lei, observada a legislação fiscal e orçamentária (Incluído pela Emenda Constitucional nº 114, de 2021)

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.³

Nesse ínterim, tem-se que o exercício do direito à saúde pelo indivíduo não se

² HESSE, Konrad. Die Normative Kraft der Verfassung. **A força normativa da Constituição**. Tradução Gilmar Mendes. Porto Alegre. 1991.

³**BRASIL. Constituição Federal de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

encontra vinculado exclusivamente à regulamentação infraconstitucional, a teor do que prescreve o artigo 5º, § 1º, da Carta Cidadã de 1988, observa-se: “As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata”.

Isto posto, é de extrema importância observar o precedente da Excelsa Corte:

Cumpra assinalar que a essencialidade do direito à saúde fez com que o legislador constituinte qualificasse, como prestações de relevância pública, as ações e serviços de saúde (CF, art. 197), em ordem a legitimar a atuação do Ministério Público e do Poder Judiciário naquelas hipóteses em que os órgãos estatais, anormalmente, deixassem de respeitar o mandamento constitucional, frustrando-lhe, arbitrariamente, a eficácia jurídico-social, seja por intolerável omissão, seja por qualquer outra inaceitável modalidade de comportamento governamental desviante. (BRASIL, 2010)⁴

Diante dessa temática, é imprescindível revelar tal magnitude das normas que regem o Direito à saúde no corpo social brasileiro. Direito este, que possui caráter universal, tendo em vista que deve ser assegurado tratamento adequado para todos os cidadãos do país, nativos ou naturalizados, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988.

2.1 Importância do SUS e dos profissionais de saúde na efetivação do direito fundamental à saúde

A atual Carta Magna trouxe consigo o acesso à saúde pública gratuita e universal e, por consequência, para efetivar o Direito Fundamental à Saúde no corpo social brasileiro foi desenvolvido um dos maiores e mais complexos sistemas públicos de saúde do mundo: O Sistema Único de Saúde (SUS), configurando-se um marco social imensurável para o país, cuja regulamentação deu-se através da Lei nº 8080/90.

De acordo com o portal governamental UNASUS, o SUS é o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas - 80% delas dependem, exclusivamente, dos serviços públicos para qualquer atendimento de saúde.

Independentemente de possuir ou não condições financeiras, todos conseguem ter acesso ao SUS, de forma gratuita, pois a integralidade, a igualdade e a universalidade fazem parte dos princípios que regem o sistema. Isto posto, em alguma fase da vida o cidadão brasileiro fará uso de algum dos serviços do SUS.

Para o atual ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, não existe outra alternativa para o Brasil com relação à saúde que não seja um SUS cada vez mais forte e eficiente:

O SUS é a política pública de maior inclusão social que esse país teve nos últimos 30 anos, porque determinou que todos tivessem direito a uma saúde resolutiva e de qualidade. Por isso, o Governo Federal vem trabalhando diariamente desde o início para melhorar o sistema e seguirá trabalhando para melhorá-lo cada vez mais. O nosso foco é em promoção e prevenção da saúde, é salvar vidas, é cuidar da saúde das pessoas com dignidade, é deixar nosso sistema cada vez mais robusto, preparado, inclusivo e resiliente para superar os desafios e atender as demandas da população. (BRASIL, 2021)⁵

⁴ (BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Agravo Regimental 175. Rel. Min. Gilmar Mendes, voto do Min. Celso de Mello**, j. 17-3-2010, DJE de 30- 4-2010)”.

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos**. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus>>

Na esteira dessa temática, observa-se que para que o SUS cumpra sua função no corpo social brasileiro é imprescindível a formação de um quadro de profissionais qualificados para atuar neste sistema.

O artigo 13 da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) destaca algumas das atividades essenciais para o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Observa-se:

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoeconomia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Desse modo, na formação do quadro de trabalhadores do SUS é preciso contratar muito mais do médicos e enfermeiros, é necessário empregar administradores, gestores, biólogos, assistentes sociais e muitos outros profissionais essenciais para o funcionamento do Sistema Único de Saúde, pois o atendimento é multidisciplinar.

Cada profissional deve ser formado e instruído para que o funcionamento desse sistema de saúde -indispensável para população- ocorra da maneira mais harmônica e eficaz possível, pois a vida, a saúde e o bem-estar de milhões de brasileiros dependem do SUS.

Apesar do habitual reconhecimento dos profissionais de saúde na sociedade, a pandemia do COVID-19 evidenciou a importância desses profissionais em meio à maior de crise de saúde pública no Brasil e no mundo. Tornou-se nítido o olhar de gratidão da população para com os que atuam diariamente no combate ao vírus, como também no combate de milhares de outras doenças. O reconhecimento ao ser humano que deixa seu lar, sua família, para salvar vidas, para cuidar de outras famílias, fazendo o possível para restaurar a saúde de muitas pessoas, destacou-se ainda mais.

Em vista disso, é extremamente necessário que no ambiente hospitalar, local com alto nível de estresse, o profissional receba empatia e apoio psicológico. É notório também a necessidade de melhores condições de trabalho, pois não são raros os casos de postos de saúde extremamente precários e insalubres, sem a mínima estrutura para trabalhar. Ainda, é substancial que seja oferecida uma remuneração justa e capacitação profissional, incentivando os estudos e valorizando o conhecimento técnico-científico -que está cada dia mais defazado na sociedade.

Portanto, essas práticas acima listadas estão diretamente ligadas com a eficiência do SUS e com a plena efetivação do Direito fundamental à saúde, pois profissionais de saúde dedicados, saudáveis e devidamente reconhecidos são a chave para um sistema de saúde mais produtivo, competente e, conseqüentemente, mais responsável.

2.2 Deficiência na formação do médico no cenário atual como fator concorrente para o erro médico

Apesar da ciência médica ser um ponto chave para a efetividade do direito social à saúde, a medicina moderna acaba por culminar uma configuração meramente comercial no ambiente médico, aliando, ainda, com a paulatina desumanização no trato médico-paciente, diante da sede pela obtenção de capital como conjectura basilar.

Não é plausível que a prática da medicina não seja uma atividade lucrativa, como se pretende com qualquer outro exercício profissional, porém, ela não pode ser dissociada da busca pela efetivação dos direitos fundamentais, especificamente do Direito à saúde. Todavia, o aumento no número de faculdades de medicina, movida pela alta demanda dos estudantes em cursar esse curso tido como “o mais vantajoso e rentável” leva a formação de médicos sem um nível de qualificação profissional adequado para o corpo social brasileiro.

A referida problemática tem sido evidenciada cada dia mais, conforme estudo publicado pelo Portal CFM, do qual destacamos:

Apenas 20% das faculdades de medicina brasileiras estão em municípios que atendem todos os critérios considerados ideais pelas entidades médicas. No caso das escolas abertas entre 2011 e o primeiro semestre de 2021, esse percentual baixa para 10%. Esses dados foram mostrados pelo conselheiro federal do CFM Júlio Braga em audiência pública na Câmara dos Deputados no dia 2 de setembro. O evento, realizado de forma online e coordenado pelo deputado Zacharias Calil (DEN/GO), teve o objetivo de debater “A qualidade do ensino nos cursos de medicina no Brasil”. Neste referido estudo, foi revelado que o Brasil possui 353 faculdades de medicina, sendo que 173 delas foram abertas entre 2011 e 2021. A pesquisa revelou, ainda, que no país existem 116 hospitais de ensino, mas eles estão distribuídos de forma irregular, com mais da metade das escolas médicas localizadas em municípios sem a existências dessas unidades de educação. (BRASIL, 2021)⁶

É mister observar, neste interim, que há um contingente de médicos mal formados, sem especialização, que adentram ao mercado de trabalho e continuam exercendo a profissão durante 40 anos, em média. Estes profissionais de saúde corriqueiramente não detém a mínima técnica para examinar e coletar a história clínica do paciente, e acabam, conseqüentemente, incorrendo no erro médico.

Nesse contexto, é esperado que os futuros médicos se dediquem mais ao atendimento com excelência e desenvolvam uma relação médico-paciente pautada na confiança, no respeito e na segurança. Para isso, é imprescindível que eles aprendam a conduzir uma anamnese de qualidade, pois é fundamental para que seja realizado o diagnóstico correto e para que não gerem resultados danosos à saúde do paciente.

Para o autor Celmo Celeno Porto, a anamnese faz com que a clínica seja soberana e contribua para uma boa relação médico-paciente, levando o acadêmico de medicina a recuperar algumas qualidades que há pouco tempo estavam adormecidas, tais como: o uso da razão lógica, conhecimento de suas limitações, respeito às informações com interesse, procurar manter uma abordagem clínica

⁶ BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Conselheiro denuncia, na Câmara dos Deputados, que 80% das faculdades de medicina estão em municípios sem a infraestrutura.** Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/noticias/conselheiro-do-cfm-denuncia-na-camara-dos-deputados-que-80-das-faculdades-de-medicina-estao-em-municipios-sem-a-infraestrutura-ideal/#:~:text=O%20estudo%20mostra%20que%20o,abertas%20entre%202011%20e%202021>>

sempre respeitosa, competente, segura e ética de frente a queixa principal e dados relatados pelo paciente (PORTO CC, 2017)⁷.

Portanto, compreende-se que a insuficiência intelectual e uma prática deficiente na área da ciência médica concorre diretamente para o aumento de casos de erro médico na sociedade. Erros estes que podem ser evitados com uma formação médica de qualidade, através, inclusive, do controle da abertura –desenfreada- de novas faculdades de medicina, que não possuem estrutura para formar profissionais da saúde capacitados para atender, cuidar e salvar vidas.

3 ERRO MÉDICO

Diante do exposto anteriormente, é inegável os incontáveis avanços atingidos no Sistema Único de Saúde(SUS) desde a sua criação, entretanto, é necessário admitir que subsistem ainda muitos problemas nesse sistema. Um desses problemas é, sem dúvidas, a qualidade dos cuidados do paciente.

Nesse sentido, apesar dos progressos significativos na saúde e na tecnologia, a relação médico-paciente é uma questão preocupante na sociedade moderna e a falta de zelo com o enfermo acaba por incorrer em diversos erros médicos, dos quais trazem resultados danosos para vida de milhares de pessoas constantemente.

Portanto, faz-se mister analisar o erro médico, com o escopo de compreender o conceito, os tipos, como caracterizar e identificar o erro médico no ambiente clínico/hospitalar, para, posteriormente, entender as consequências no âmbito jurídico.

3.1 Conceito e tipos de erro médico

Gomes, Drumond e França (2001) entende que, erro médico é o dano, o agravo à saúde do paciente provocado pela ação ou inação do médico no exercício da profissão e sem a intenção de cometê-lo.

Outra definição dada a erro médico, é a de Júlio Meirelles Gomes e de Genival Veloso França, conceituando que o erro médico é a conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir um dano à vida ou à saúde de outrem, caracterizada por imperícia, imprudência ou negligência. (2001)

Do mesmo modo, o erro médico está previsto no artigo 29 do atual Código de Ética Médica (CEM), Resolução CFM nº. 1.246/88, in verbis:

É vedado ao médico:

[...]Art. 29. Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Desse modo, conclui-se que o erro médico é um resultado danoso ao paciente advindo da ação ou omissão do médico no exercício da atividade profissional. É, portanto, a falta de observância de regra técnica e ética capaz de causar dano à saúde ou à vida de alguém, em qualquer das modalidades de culpa: imperícia, imprudência e negligência.

Na esteira dessa temática, ressalta-se também os tipos de erro médico mais comuns no ambiente clínico e/ou hospitalar. São eles: erro de diagnóstico, erro de

⁷ PORTO CC, 2017. PORTO CC. Exame Clínico – **Bases para a Prática Médica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2017. 544 páginas

procedimento e erro no procedimento.

É inegável que na busca pelo diagnóstico certo do paciente, o médico necessita de muito conhecimento, técnica, coleta adequada da história clínica e exame físico do paciente completo e apurado. Entretanto, a medicina não é uma ciência exata, logo, erros no diagnóstico podem ocorrer frequentemente sem intenção do profissional. Assim sendo, é importante pontuar que o diagnóstico equivocado, do qual destoa da realidade do paciente, só será configurado como um erro médico quando este resulta dano ao paciente e esse dano tenha advindo, necessariamente, de imperícia, imprudência ou negligência por parte do médico, que irá encaminhar para um tratamento ou procedimento que, mesmo que realizado de forma correta, não irá realizar o efeito esperado, pelo simples fato de que o diagnóstico da doença foi realizado de forma equivocada.

No que tange o erro no procedimento, este ocorre quando o diagnóstico é realizado de maneira correta, porém, sucede de falha no tratamento indicado. Neste caso, o médico, a exemplo, ao realizar uma intervenção cirúrgica, opera o ovário errado da paciente ou perfura outro órgão no momento da cirurgia, errando, portanto, no procedimento indicado.

A respeito da imputação de erro em procedimento, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo já tratou sobre a temática e decidiu que:

RESPONSABILIDADE CIVIL. IMPUTAÇÃO DE ERRO EM PROCEDIMENTO MÉDICO. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. Cabe reconhecer o erro médico quando o ato adstrito à competência propter officium de um profissional de medicina se revela em confronto com os indicativos que a arte da medicina impõe para a debelação ou a atenuação de padecimento razoavelmente diagnosticado. Não provimento da apelação. (BRASIL, 2020)⁸

Portanto, identifica-se o erro em procedimento no momento em que a atuação exclusiva do médico vai de encontro aos preceitos da ciência médica prescritos para aquela conduta específica.

3.2 Caracterização do erro médico

Segundo Genival Veloso de França, é necessário distinguir o erro médico do acidente imprevisível e do resultado incontrollável. O referido autor entende que o erro médico, quase sempre por culpa, é uma forma de conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir um dano à vida ou à saúde do paciente. É, portanto, o dano sofrido pelo paciente que possa ser caracterizado como imperícia, negligência ou imprudência do médico, no exercício de suas atividades profissionais. Ainda, ele pontua que levam em conta também as condições do atendimento, a necessidade da ação e os meios empregados para caracterizar o erro médico. (FRANÇA, 2014, p. 257).

Diante das palavras do jurista e médico acima citado, faz-se mister aprofundar o estudo nas três vertentes da culpa em sentido estrito: imperícia, negligência ou imprudência, direcionando principalmente para caracterização do erro médico.

3.2.1 Imprudência

⁸ BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. **Apelação Cível 1000118-15.2017.8.26.0405, Rel. Ricardo Dip**, Data de Julgamento: 30/07/2020, 11ª Câmara de Direito Público, Data de Publicação: 30/07/2020

O profissional da medicina deve buscar sempre a prudência, tendo em vista que lida diretamente com a saúde e com a vida do paciente – o maior bem jurídico tutelado. O Direito à vida, previsto pelo Art. 5º, caput, da CF/88, é o mais importante direito fundamental. Por ser o maior bem jurídico tutelado, essencial ao ser humano, condiciona todos os demais direitos.

Neste interim, a imprudência presume uma atividade que ocorre sem cautela e de forma precipitada e caracteriza-se como uma ação comissiva, cujo profissional atua de forma positiva, saindo da inércia.

Assim sendo, o médico imprudente é aquele que age sem a devida cautela, que não se preocupa com os efeitos advindos da sua ação e que tem a consciência que está atuando de forma arriscada, entretanto, acredita que aquele risco não terá consequências, ignorando, desse modo, a ciência médica.

Para França (2007), imprudente é o médico que age sem a cautela necessária. É aquele cujo ato ou conduta são caracterizados pela intempestividade, precipitação, insensatez ou inconsideração. A imprudência tem sempre caráter comissivo.

Como exemplo dessa tese, o médico cirurgião que, possuindo meios de efetuar um procedimento cirúrgico através de uma técnica conhecida e segura, despreza esse método e acaba trazendo danos para a saúde do paciente e age, portanto, de forma imprudente.

No Código de Ética Médica vislumbra-se de forma nítida o caso de imprudência no exercício da medicina. Observa-se:

Art. 57. É vedado ao médico: Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Na imprudência temos a imprevisão ativa: culpa in committendo. Aqui, o profissional tem plena consciência de sua atuação, mas, agindo sob uma conduta abusiva, preenche as características de uma falta (FRANÇA, 2007).

Dessarte, o médico imprudente age de forma intempestiva, precipitada e insensata.

3.2.2 Imperícia

Diante dessa vertente da culpa, Gonçalves (2011) leciona que imperícia é a inobservância, por despreparo prático ou insuficiência de conhecimentos técnicos, das cautelas específicas no exercício de uma arte, ofício ou profissão.

No que tange o Direito Médico, o profissional de medicina imperito é, por exemplo, aquele que não detém conhecimento técnico, teórico e prático para atuar em uma área médica específica e, apesar disso, insiste em atuar. Como um dermatologista que realiza cirurgia plástica, sem a devida residência médica para exercer essa atividade.

Ainda de forma exemplificativa, o médico que prescreve tratamento sem examinar o paciente, que passa uma dosagem de medicação muito acima do indicado e que medica por telefone sem realmente ter conhecimento do estado de saúde do enfermo, age de forma extremamente imperita. A imperícia médica, portanto, é definida pelo despreparo e pela falta de conhecimentos técnico-científicos necessários para praticar determinados procedimentos e tratamentos médicos.

Para França (2014, p. 265), a imperícia “ É a carência de aptidão, prática ou teórica, para o desempenho de uma tarefa técnica. Chama-se ainda imperícia a incapacidade ou inabilitação para exercer determinado ofício, por falta de habilidade ou pela ausência dos conhecimentos rudimentares exigidos numa profissão.”

Diante do exposto, depreende-se que para caracterizar a imperícia médica é indispensável que se comprove a ausência de aptidão e de qualificação teórica, prática, técnica no campo da ciência médica.

Inserido nesse contexto, ressalta-se também a diferença entre imperícia e erro profissional, tendo em vista que a confusão desses dois temas é bastante comum atualmente.

A priori, o erro profissional é um incidente, é um acontecimento imprevisível e que não decorre da falta de conhecimento científico, de aptidão ou cautela. É, portanto, um erro justificável, pois não advém da imperícia e sim da limitação do conhecimento humano. O erro profissional ocorre no campo de imprevisibilidade e a imperícia, por sua vez, sucede dentro do campo da previsibilidade.

3.2.3 Negligência

Para Genival Veloso de França (2014, p.259), “a negligência caracteriza-se pela inação, indolência, inércia, passividade. É a falta de observância aos deveres que as circunstâncias exigem. É um ato omissivo.”

A negligência médica consiste em uma conduta negativa e caracteriza-se pela falta de observância do médico em relação aos cuidados, precaução e normas técnicas aplicáveis. Além disso, é compreendida como uma inércia psíquica, cujo agente fica indiferente diante do quadro de saúde do paciente, no lugar de tomar as cautelas exigíveis. Assim, o profissional de medicina não faz o que deveria ser feito por displicência ou preguiça mental.

Diferentemente do que acontece na imprudência, a negligência é anterior à ação, traduz-se como uma conduta não praticada. Ainda, na situação de negligência, o agente não imagina o resultado.

Na prática da medicina, é indispensável que o profissional da área tenha o máximo de zelo com o paciente, uma vez que um simples descuido pode acarretar em sérios danos à saúde e na pior das hipóteses, no óbito do enfermo.

Como exemplo de casos de negligência médica temos: esquecimento de algum objeto dentro do corpo do paciente, como bisturis, tesouras, pinças e outros materiais cirúrgicos; abandono do paciente; abandono de plantão; descaso com a situação de saúde do paciente; omissão do tratamento e demora excessiva e injustificada para atender o enfermo.

Essas condutas negligentes são as que ocorrem com mais frequência no ambiente clínico/hospitalar, principalmente quando se trata de serviço público. Entretanto, caso o profissional da medicina atue de forma omissa ou atue de forma indiferente ao que as circunstâncias exigem naquele momento, é de extrema importância que seja aplicada a devida sanção a esse tipo de conduta, pois o médico lida constantemente com a vida humana e com a vida não pode haver descaso.

4 A RESPONSABILIDADE CIVIL DECORRENTE DE ERRO MÉDICO

Como exposto anteriormente, condutas danosas a pacientes, das mais diversas comorbidades, ocorrem de forma habitual no universo médico. Porém, o profissional da medicina que resulta em dano ao paciente decorrente de erro médico pode ser processado em três áreas: Penal, Administrativa e Civil.

Nesse interim, recorre-se a Justiça Penal quando os danos afetam à integridade física do indivíduo e esse dano pode ser tipificado como um crime, a exemplo da omissão de socorro, da lesão corporal e do homicídio culposos.

No que tange a via administrativa, o paciente ou a família do paciente, pode procurar os conselhos regionais ou o conselho federal de medicina para que o médico seja punido de acordo com o Código de Ética Médica, tendo a pena máxima a cassação do direito de exercer a medicina.

Na seara cível, busca-se a compensação decorrente dos danos alegados, através do ressarcimento financeiro aos hospitais, clínicas, profissionais de saúde, e até mesmo do Estado, mediante a comprovação dos danos.

Nessa perspectiva, o presente estudo irá analisar o impacto e as consequências do erro médico exclusivamente na seara civil, através do estudo da responsabilidade civil.

4.1 Conceito de responsabilidade civil

Diante da temática da Responsabilidade Civil, faz-se mister observar o que foi lecionado por Carlos Alberto Gonçalves. Segundo Gonçalves (2011, p. 41), o vocábulo responsabilidade origina-se do latim *res-pondere* que encerra a idéia de segurança ou garantia da restituição ou compensação do bem sacrificado.

Ainda nesse contexto, aquele autor ainda ensina que o instituto da responsabilidade civil é parte integrante do direito obrigacional, pois a principal consequência da prática de um ato ilícito é a obrigação que acarreta, para o seu autor, de reparar o dano, obrigação esta de natureza pessoal, que resolve em perdas e danos.

Na visão dos autores Pablo Stolze Gagliano e Rodolfo Pamplona Filho (2011), na responsabilidade civil, o agente que cometeu o ato ilícito tem a obrigação de reparar o dano patrimonial ou moral causado, buscando restaurar o status quo ante, obrigação esta que, se não for mais possível, é convertida no pagamento de uma indenização (na possibilidade de avaliação pecuniária do dano) ou de uma compensação (na hipótese de não se poder estimar patrimonialmente este dano).

Outro conceito de extrema importância para o Direito Civil é o de Maria Helena Diniz (2003), pois comunga com a concepção apresentada pelo Código Civil de 2002. Esta discorre que a responsabilidade civil é a aplicação das medidas que obriguem uma pessoa a reparar dano moral ou patrimonial causado a terceiros, em razão de ato por ela mesma praticado, por pessoa por quem ela responde, por alguma coisa a ela pertencente ou por simples imposição legal.

Por sua vez, institui o Código Civil:

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

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, 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.⁹

Diante do exposto, depreende-se que a responsabilidade civil é simplesmente a reparação de um dano, pelo causador, ao terceiro que sofreu este prejuízo, entretanto, é indispensável que compreenda os pressupostos que a caracteriza - ação, dano, nexo de causalidade e culpa (não exigido na responsabilidade objetiva).

⁹ BRASIL. Lei n. 10.406/2002. Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/10406compilada.htm>

4.2 Responsabilidade objetiva e subjetiva e os pressupostos da responsabilidade civil

A responsabilidade civil é classificada pela doutrina em conformidade com a culpa (responsabilidade objetiva e subjetiva), e em conformidade com a natureza (responsabilidade contratual e extracontratual). Em suma, no que tange a responsabilidade civil subjetiva, a vítima precisa provar a culpa do agente. Na responsabilidade civil objetiva, por sua vez, não há necessidade comprobatória de culpa.

Na responsabilidade Civil subjetiva é indispensável a comprovação da vontade do agente, tenha ele desejado ou não o resultado. Carlos Alberto Bittar (1994, p. 578.) entende que ocorre a responsabilidade civil subjetiva quando há o dolo do agente, ou seja, a intenção de causar o dano com aquela ação, ou na modalidade culposa em estrito sentido, agindo de forma imprudente, negligente ou com imperícia. Há nesses casos a dificuldade na produção de provas, para que possa haver a justa reparação do ilícito.

Neste interim, Carlos Alberto Gonçalves (2011) diz que a indicação da culpa fundamenta a reparação, porém a não existência de culpa, de forma subjetiva, não isenta o agente causador do dano da possível compensação. Na esteira desse raciocínio, o Código Civil, no parágrafo único do artigo Art. 927 estabelece a responsabilidade objetiva como sendo independente da prova de culpa.

Assim sendo, de acordo com o Código Civil e com a doutrina, não há necessidade de analisar o dolo ou a culpa quando se trata de responsabilidade civil objetiva. Desse modo, a teoria adotada pela doutrinadora Maria Helena Diniz é a que comunga fielmente com o que preceitua o Código Civil no que tange a responsabilidade objetiva, tendo em vista que Diniz (2003, p. 37 e 38) sustenta que os pressupostos essenciais da Responsabilidade Civil são: ação, dano e nexos de causalidade, não incluindo entre os pressupostos a culpa, pois este elemento no contexto da responsabilidade objetiva é dispensável.

Adentrando no estudo dos pressupostos, especificamente no elemento da ação, esclarece Diniz (2003, p. 39):

A ação, fato gerador da responsabilidade, poderá ser ilícita ou lícita. A responsabilidade decorrente de ato ilícito baseia-se na idéia de culpa, e a responsabilidade sem culpa funda-se no risco, que se vem impondo na atualidade, principalmente ante a insuficiência da culpa para solucionar todos os danos. O comportamento do agente poderá ser uma comissão ou uma omissão. A comissão vem a ser a prática de um ato que não se deveria efetivar, e a omissão, a não observância de um dever de agir ou da prática de certo ato que deveria realizar-se.

O elemento em questão produz consequências jurídicas por meio de uma ação ou omissão de um agente ou de outro que está sob sua responsabilidade, que produz resultado danoso seja por dolo, negligência, imprudência ou imperícia. Esta conduta acarreta na obrigação de reparação.

No que concerne o dano, Maria Helena Diniz (2003) destaca que para existir um dano indenizável, será necessário a ocorrência dos quesitos a seguir apresentados: a) diminuição ou destruição de um bem jurídico; b) efetividade ou certeza do dano; c) causalidade; d) subsistência do dano; e) legitimidade da vítima; f) ausência de causas excludentes de responsabilidade. Em suma, só vai haver responsabilidade civil se houver um dano a ser reparado.

Por fim, o Nexos de Causal, Segundo Silvio Venosa (2003, p. 39):

É o liame que une a conduta do agente ao dano. É por meio do exame da relação causal que concluímos quem foi o causador do dano. Trata-se de elemento indispensável. A responsabilidade objetiva dispensa a culpa, mas nunca dispensará o nexos causal. Se a vítima, que experimentou um dano, não identificar o nexos causal que leva o ato danoso ao responsável, não há como ser ressarcida.

Em conclusão, o nexos de causalidade deverá ser afastado por: a) culpa exclusiva da vítima; b) culpa de terceiro; c) força maior ou caso fortuito; d) cláusula de não indenizar. Entretanto, de acordo com o Enunciado 442 da V Jornada de Direito Civil, o caso fortuito e força maior somente serão considerados como excludentes de responsabilidade quando o fato gerador do dano não for conexo com a atividade desenvolvida.

Diante do exposto, observa-se que não há responsabilidade civil sem existir relação de causalidade entre o dano e a conduta que o provocou. E o elemento da culpa será apenas analisado nos casos da responsabilidade subjetiva, como já esclarecido acima.

4.3 A responsabilidade civil do médico

Diante do que já foi exposto, pode-se concluir que a responsabilidade civil do médico é subjetiva. Tese esta que é amparada pelo Código de Defesa do Consumidor, conforme preconiza o artigo 14, §4º do referido código. Observa-se:

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.

§ 4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.¹⁰

Miguel Kfoury Neto, citando Zelmo Denari (2001, p. 192) discorre acerca das disposições do estatuto consumerista:

Os médicos e advogados – para citarmos alguns dos mais conhecidos profissionais – são contratados ou constituídos com base na confiança que inspiram aos respectivos clientes. Assim sendo, somente serão responsabilizados por danos quando ficar demonstrada a ocorrência da culpa subjetiva, em quaisquer das suas modalidades: negligência, imprudência ou imperícia.¹¹

Como já posto no presente estudo, o profissional da saúde deve realizar seu trabalho com zelo e dedicação, tendo em vista que está lidando com a saúde e com a vida, diretamente, do ser humano. Entretanto, o simples descontentamento com a conduta médica não configura erro médico e não incorre em responsabilidade civil. Portanto, é necessário constatar que o médico adotou uma conduta culposa, realizando um tratamento e/ou procedimento de forma negligente, imprudente ou

¹⁰ BRASIL. **Código de Defesa do Consumidor**. Lei nº 8.078, de 11 setembro de 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm>

¹¹ KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade Civil do Médico**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001

imperita.

Na esteira desse raciocínio, qualquer médico, independentemente da forma da sua atuação -através de plano de saúde, consulta particular, atendimento pelo SUS ou até mesmo de forma voluntária- deve seguir o que consta no Código de Ética Médica.

Assim sendo, o Art. 6º do referido código aduz que: “O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano, ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade”.

O art. 29, por sua vez, dispõe que: “é vedado ao médico praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência”

O Código de Ética médica comunga concomitantemente com o que institui o Código Civil. Observa-se:

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.¹²

Não restam dúvidas, portanto, que o médico –profissional liberal- terá de ser responsabilizado, caso, no exercício de sua atividade profissional, seja por negligência, imprudência ou imperícia, causar morte ao paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão ou inabilitá-lo para o trabalho.

4.3.1 Processo para caracterização da responsabilidade civil do médico

Dessarte, o processo para caracterizar a responsabilidade civil médica não é simples, é necessário que estejam presentes alguns pressupostos e na ausência de qualquer um desses elementos, o profissional não deve ser responsabilizado civilmente.

O primeiro elemento e mais obvio é o agente, cujo obrigatoriamente tem que ser médico. Indivíduo que cursou um bacharelado em Medicina, durante, no mínimo, seis anos e que é registrado no Conselho de Medicina do seu estado. O segundo, é a ação, no caso, o ato do profissional da medicina. O terceiro elemento é o da culpa, que será configurada através da conduta negligente, imprudente ou imperita do agente. O quarto, por sua vez, é o dano, que pode ser uma lesão, o agravamento de um quadro de saúde ou, na pior das hipóteses, o óbito do paciente. Por fim, o último elemento é o nexo de causalidade, que é a conexão entre a ação/conduta médica e o dano.

O elemento mais complexo de se apurar nesse processo de caracterização é o da culpa. Nesse sentido, Matielo (1998, p.66) leciona:

No que concerne à responsabilidade civil dos médicos, segue-se a regra geral da imprescindibilidade da demonstração da culpa do agente, amenizadas as exigências quanto à prova inarredável e profunda de sua ocorrência ante os termos consignados na legislação, quando a natureza da demanda ou as circunstâncias concretas apontarem para a responsabilidade mediante a

¹² **BRASIL. Lei n. 10.406/2022. Código Civil.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/10406compilada.htm>

produção de elementos de convicção mais singelos. (...) Em princípio, a contratação não engloba qualquer obrigação de curar o doente ou de fazer melhorar a qualidade de vida desfrutada, porque ao profissional incumbe a tarefa de empregar todos os cuidados possíveis para a finalidade última – e acima de tudo moral – de todo tratamento, ou seja, a cura seja alcançada. Todavia, a pura e simples falta de concretização do desiderato inicial de levar à cura não induz a existência da responsabilidade jurídica, que não dispensa a verificação da culpa do médico apontado como causador do resultado nocivo.¹³

Inserido nesse contexto, a jurisprudência pátria, especialmente, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, vem adotando frequentemente a ideia de responsabilidade civil subjetiva dos médicos:

Ação de indenização por danos morais e estéticos. Autora que apresentava um quadro de apendicite. Ausência dos sinais característicos da enfermidade. Diagnóstico, no caso, difícil. Ausência de defeito na prestação de serviços pelas rés. Inaplicabilidade, ademais, à atividade médica a responsabilidade civil decorrente do risco (artigo 927, parágrafo único, do Código Civil). Arte médica que não é ciência exata. Necessidade, apenas, de que seja dispensado o tratamento adequado, sem garantia de cura. Improcedência da ação reconhecida. Sentença reformada. APELO DO RÉU HOSPITAL SANTA PAULA PROVIDO, PREJUDICADO O RECURSO DA AUTORA.¹⁴

Ação de indenização por danos materiais e morais. Nulidade processual pelo indevido reconhecimento da revelia. Matéria acobertada pela preclusão. Afastamento. Ilegitimidade passiva. Requerido que interveio no tratamento dispensado ao paciente, realizando, inclusive, intervenção cirúrgica. Afastamento do erro. Erro de diagnóstico. Paciente tratado como portador de NEUROCISTICERCOSE, quando, na verdade, padecia de Câncer na cabeça. Efeitos da revelia. Presunção de veracidade que é relativa. Prova documental indica a inexistência de erro de diagnóstico grosseiro. Diagnóstico extraído a partir da realização de exames de ressonância magnética do encéfalo. Afastamento da culpa do médico. Improcedência da ação reconhecida. APELO DO RÉU PROVIDO, PREJUDICADO O RECURSO ADESIVO DOS AUTORES”.¹⁵

Conforme elucidado, na responsabilidade subjetiva vislumbra-se a obrigação da vítima em comprovar o dolo ou culpa *stricto sensu* sendo –atos negligentes, imprudentes ou imperitos- por parte do médico, para que a vítima seja indenizada pela ação danosa. É imprescindível, portanto, a caracterização do elemento da culpa, como já consolidado nas decisões de segunda instância, para configurar responsabilidade civil médica, pois na ausência de comprovação plena da culpa do médico, não se pode falar em indenização pelo dano sofrido.

4.3.2 Natureza da responsabilidade civil e da obrigação civil do profissional da medicina

No tocante a natureza da responsabilidade civil do médico, observa-se que há

¹³ MATIELO, Fabrício Zamprogna. **Responsabilidade Civil do Médico**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

¹⁴ BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação **994080424203 (6151574000)**. 3ª Câmara de Direito Privado. Julgamento em 15/12/2009

¹⁵ BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação **994080452164 (6129084600)**. 3ª Câmara de Direito Privado. Julgamento em 15/12/2009.

a responsabilidade contratual e extracontratual. Especificamente na contratual, vislumbra-se a presença de uma relação jurídica preexistente entre o médico e o paciente, por meio de um contrato. Contrato este com fundamento na vontade das partes, podendo ser formal ou informal.

Na responsabilidade contratual, o prejuízo advém da inexecução de uma obrigação originária do contrato e cabe ao paciente, na temática em questão, simplesmente comprovar que a obrigação não foi satisfeita.

A responsabilidade extracontratual do médico, na prática, em comparado com a contratual é praticamente mínima, pois poucos são os casos que configuram como extracontratual. A exemplo, pode-se citar o profissional da medicina que atende uma pessoa que passou mal no mesmo avião que estava, assim como o médico que pratica um ilícito penal ou não cumpre com as normas intrínsecas a profissão, resultando em danos ao paciente.

Seguindo esse raciocínio, a responsabilidade extracontratual ou aquiliana advém do compromisso genérico de não praticar condutas lesivas ou danosas contra nenhum indivíduo.

Institui o Código Civil nesse sentido:

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

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, 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.¹⁶

Portanto, fica claro que majoritariamente a responsabilidade civil médica tem natureza contratual, tendo em vista que na extracontratual há uma despreensão, uma espontaneidade no tratamento do paciente, sem haver pacto prévio algum.

No que concerne a natureza da obrigação do médico, é mister compreender que este profissional não possui a obrigação de curar o enfermo, porém, deve proporcionar o cuidado e o tratamento com muito zelo, a fim de que a cura seja alcançada, se possível, de acordo com o avanço da ciência médica. Na hipótese de a cura ser um dever, os cuidados paliativos não iriam existir na medicina e os médicos não cuidariam de pacientes terminais.

Segundo leciona Diniz (2003), se o médico operador for experiente e tiver usado os meios técnicos indicados, não se explicando a origem da eventual sequela, não haverá obrigação por risco profissional, pois os serviços médicos são, em regra, de meio e não de resultado.

Há entendimento consolidado dessa temática na jurisprudência pátria. Observa-se:

Civil – Responsabilidade civil – Obrigação médica De meio e não de resultado – nexos de causalidade entre evento e conduta não comprovados – Indenização improcedente – Manutenção da sentença. – O insucesso de tratamento médico não autoriza indenização de perdas e danos, que

¹⁶ **BRASIL. Lei n. 10.406/2022. Código Civil.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/10406compilada.htm>

ocorreria, se a lesão ou morte do paciente resultar de manobra culposa ou dolosa do médico. – A assistência médico-cirúrgica dá-se por meio de contrato de prestação de serviços, no qual a obrigação assumida é de meio e não de resultado.¹⁷

Nessa conjectura, é substancial que o paciente comprove que o médico praticou uma conduta ilícita, por meio de ação negligente, imprudente ou imperita, para que suceda o dever de indenizar. Assim, haverá reparação do dano recorrente de erro médico caso o agente não tenha atuado de forma prudente, cautelosa, seguindo as orientações do Código de Ética Médica e conhecimentos da ciência médica.

Portanto, em virtude da atividade médica ser uma obrigação de meio, majoritariamente, o profissional da medicina só será penalizado se for comprovado que ele não esgotou os cuidados terapêuticos que tinha disponível para o tratamento do paciente, agindo com imprudência, negligência ou imperícia.

São poucos os casos que a obrigação do médico é de resultado, um desses poucos exemplos é o do médico cirurgião plástico que trabalha na área da estética, cuja obrigação é de resultado. Assim, caso o resultado alcançado não seja o esperado pelo paciente, a vítima deve procurar a Justiça e requerer a reparação pelos danos estéticos e morais que sofreu após o comprovado erro no procedimento cirúrgico.

Face o exposto, observa-se o entendimento do STJ (Superior Tribunal de Justiça) em relação ao referido tema. Observa-se:

RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO. ART. 14 DO CDC. CIRURGIA PLÁSTICA. OBRIGAÇÃO DE RESULTADO. CASO FORTUITO. EXCLUDENTE DE RESPONSABILIDADE. Os procedimentos cirúrgicos de fins meramente estéticos caracterizam verdadeira obrigação de resultado, pois neles o cirurgião assume verdadeiro compromisso pelo efeito embelezador prometido. 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. 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. 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. RECURSO ESPECIAL A QUE SE NEGA PROVIMENTO.¹⁸

Portanto, não obstam dúvidas que as cirurgias realizadas com fins exclusivamente estéticos configuram uma obrigação de resultado, tendo em vista que o cirurgião plástico avoca para si responsabilidade do resultado prometido ao paciente.

4.4 Reparação do dano decorrente de erro médico

Diante da conjuntura da responsabilidade civil decorrente de erro médico, avista-se, nesse caso, a necessidade de analisar o direito do paciente que sofreu danos advindos de condutas negligentes, imperitas ou imprudentes por parte do

¹⁷ BRASIL. Tribunal Justiça do Distrito Federal. Apelação Cível **5104698 DF**. Rel. Des. João Mariosa.

¹⁸ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial 1180815 MG 2010/0025531-0. Rel. Min. Nancy Andrighi.

profissional de medicina.

A priori, é relevante compreender que a reparação do dano na seara civil será dada por meio da indenização – compensação financeira- que será possível diante da comprovação do dano material, moral, físico e estético, cumulados ou não.

Para obter a indenização, é indispensável a comprovação do erro médico. Essa comprovação pode ser auferida por meio de diversas provas, como prontuário médico do paciente, fichas de procedimentos realizados, receitas de medicamentos, fotos, vídeos, testemunhas e outros mecanismos comprobatórios.

Como já posto, o artigo 927 do Código Civil estabelece que fica obrigado a reparar aquele que *por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem*. Nesse sentido, a ação de reparação civil advinda de erro médico possui o prazo prescricional de cinco anos, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor, contados da data ciência inequívoca do dano ocorrido, conforme aduz o art. 27 do CDC.

Na matéria de responsabilidade civil do médico, o dever de reparação advém dos danos e prejuízos causados ao paciente, de forma culposa. Esses prejuízos podem ser de cunho moral, material e físico.

Os danos morais estão relacionados aos prejuízos à honra, à imagem e ao psicológico dos pacientes, causando mais estresse que um mero aborrecimento, pois lesiona a saúde psíquica do indivíduo.

No que concerne o dano material, depreende-se que este advém dos valores despendidos no tratamento e nos procedimentos necessários para reparar ou mitigar os danos advindos do erro médico, como por exemplo os valores gastos com medicação, hospital, consulta, etc.

Com relação aos danos físicos ou estéticos, entende-se como prejuízos que comprometem a integridade física do paciente, causando modificação morfológica ou física do ser humano.

Diante do exposto, a partir da comprovação dos prejuízos advindos de erro médico, sejam eles de cunho moral, material ou físico, o profissional da medicina tem o dever de indenizar, pois é responsável civilmente pelos danos causados aos seus pacientes, praticados através de condutas negligentes, imprudentes ou imperitas.

Observa-se a decisão a seguir :

APELAÇÃO. AÇÃO DE REPARAÇÃO DE DANOS DECORRENTES DE ALEGADO ERRO MÉDICO. IMPROCEDÊNCIA. Insurgência quanto à conclusão do Juízo de origem, de que não teria ocorrido negligência no atendimento dispensado à parturiente, quando do nascimento de sua filha. Existência, nos autos, de laudos elaborados pelo IMESC, a apontar a inexistência de falhas, quando da ocorrência desse parto. Intercorrência imprevisível, então constatada e que recebeu, dos apelados, o adequado encaminhamento. Inexistência de falhas na prestação dos serviços objeto da ação. Elementos a caracterizar a responsabilidade civil que não se fazem presentes, neste caso. Improcedência bem decretada. Sentença mantida. RECURSO IMPROVIDO¹⁹

Portanto, para que o paciente que sofreu danos decorrentes de condutas médicas seja indenizado é substancial a presença de todos os elementos que caracterizam a responsabilidade civil.

5 A CULTURA DE PREVENÇÃO COMO FATOR DETERMINANTE PARA

¹⁹ BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação Cível **1000873-37.2018.8.26.0362**. Décima Câmara de Direito Privado. Rel. Des. Márcio Boscaro. Julg. 26/06/2022. DJESP 30/06/2022. Pág. 1721

REDUÇÃO DO ERRO MÉDICO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

Como já observado durante todo o trabalho, são incontestáveis os avanços e as conquistas do SUS no corpo social brasileiro, entretanto, é mister admitir que ainda há muitos problemas nesse sistema, principalmente no tocante a qualidade dos cuidados com os pacientes, que muitas vezes sofrem danos irreparáveis em decorrência de erro médico.

Assim, o erro médico, apesar de extremamente comum, não pode ser banalizado. Errar é inerente ao ser humano, porém, existem recursos para que muitas atitudes negligentes, imprudentes e imperitas sejam evitadas e inúmeros eventos adversos sejam mitigados. Portanto, é imprescindível aceitar essa máxima e desenvolver, por consequência, uma política de prevenção no ambiente médico, pois não se deve focar apenas na repressão, na punição.

A análise da gênese desse problema sempre careceu e carece de mais atenção, pois é necessário considerar que os profissionais irão sim cometer falhas. Em virtude disto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM no 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde.

Segundo o “Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente” o conhecimento e o cumprimento das normas regulamentadoras que tratam sobre o funcionamento dos postos de saúde, hospitais, clínicas, são condições básicas para o desenvolvimento de estratégias no tocante a segurança do paciente. Para que ocorra o avanço nessa seara, é primordial a estruturação de planos locais de prevenção que tratem sobre cuidado com o paciente, com ações monitoradas por indicadores, gerido por uma instância (núcleo) responsável e de uma política de estímulo à utilização rotineira de protocolos e diretrizes clínicas.

Nesse sentido, o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) elabora anualmente o seu Plano de Segurança do Paciente (PSP). O PSP do HUAC é constituído de ações de orientação técnico administrativos com foco primordial em prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência a pacientes e aos profissionais da instituição.

De acordo com o referido documento, a implantação do PSP deve reduzir a probabilidade de ocorrência de Eventos Adversos (EAs) resultantes da exposição aos cuidados em saúde, devendo ser focado na melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, na disseminação sistemática da cultura de segurança, na articulação e integração dos processos de gestão de risco e na garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Entre os objetivos do plano estão: a regulamentação das ações de segurança do paciente do Hospital Universitário Alcides Carneiro; o reconhecimento e mapeamento dos riscos institucionais relacionados à especificidade da epidemiologia local e aos processos assistenciais; o estímulo a criação de uma cultura de segurança institucional; a organização das estratégias e das ações que previnam, minimizem e mitiguem os riscos inerentes ao processo do cuidado; a promoção a melhoria de resultados através das análises das ocorrências dos diversos tipos de incidentes: circunstâncias notificáveis com grande potencial para danos, incidentes, eventos

adversos e eventos sentinela, a fim de oportunizar a revisão de processos e metodologias sistematizadas que garantam a segurança em diferentes âmbitos.

Nesse sentido, o HUAC elaborou várias cartilhas e protocolos com orientações não só para o quadro interno de profissionais do hospital, mas inseriu no público alvo de diversas cartilhas os próprios pacientes e os seus respectivos acompanhantes, considerando que para se implantar uma cultura de prevenção e segurança ao paciente é substancial a colaboração de todos os indivíduos que compõem o ambiente hospitalar.

5.1 Cartilhas e protocolos de segurança do paciente no hospital universitário Alcides carneiro

Na pesquisa de campo realizada no Hospital Universitário Alcides Carneiro, situado na cidade de Campina Grande/PB, foram disponibilizados diversos documentos para análise que tratam sobre prevenção e segurança ao paciente, com o escopo de prevenir não só erros médicos, mas também resultados adversos danosos aos enfermos, advindos de qualquer ato de profissional que ocupa o quadro do referido hospital.

De início, faz-se mister analisar a Cartilha de higienização das mãos, cujo público alvo são os próprios pacientes, os acompanhantes e os profissionais do HUAC. O referido documento estimula a higienização frequente das mãos, com o objetivo de diminuir a contaminação e a transmissão de doenças.

Outras cartilhas importantes são as que tratam sobre Medidas para prevenir as infecções relacionadas a assistência à saúde e sobre medidas para evitar quedas dos pacientes.

A primeira, visa estimular também a higiene no contato entre médico/paciente, médico/acompanhante e paciente/acompanhante, ressaltando que o médico deve limpar as mãos sempre entre um paciente e outro, que não se deve colocar objetos em cima das macas e no tocante ao paciente, apenas utilizar os medicamentos prescritos pelo médico.

Na cartilha contra quedas, é informado que o risco de queda existe, mas quando o hospital recebe um paciente, a principal preocupação é que ele não seja colocado em risco durante o cuidado. Uma eventual queda, por exemplo, é uma dessas situações não intencionais, que pode acabar prolongando seu tempo de internação no hospital. Por essa razão, algumas iniciativas importantes são adotadas e os pacientes, acompanhantes e profissionais podem ajudar a evitar situações indesejáveis. São elas:

Orientações para os pacientes: Seguir sempre as orientações e recomendações da equipe de profissionais; Evitar caminhar sozinho, pedindo sempre ajuda a alguém; Levantar lentamente da cama, sempre com ajuda de seu acompanhante ou da enfermagem;

Orientações para os acompanhantes: Seguir sempre as orientações e recomendações da equipe de profissionais que está cuidando do paciente; Pedir ajuda da enfermagem para retirar o paciente da cama caso seja necessário; Não deixar o paciente ir sozinho ao banheiro; Nunca deixar o paciente sozinho; Caso precise se ausentar, comunicar a enfermagem.

Os profissionais, por sua vez, devem auxiliar sempre o enfermo e o acompanhante, não atuando de forma negligente.

Nesse contexto de prevenção, o referido Hospital elaborou um protocolo de Procedimento Operacional Padrão que trata sobre a Identificação do paciente, tendo

em vista sua importância, pois a identificação correta e contínua do cliente é o processo pelo qual assegura-lhe o cuidado a ser prestado, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar.

Erros de identificação do cliente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do cliente como: estado de consciência do cliente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.

Portanto, cabe ao profissional total atenção no momento de atender e consultar o paciente. Caso, por exemplo, o médico não observe corretamente o nome do paciente e troque a prescrição de medicação com o de outro paciente, este profissional está cometendo um erro médico, em virtude da sua atitude negligente.

Outro protocolo importantíssimo de Procedimentos Operacional Padrão é o da Cirurgia Segura. A finalidade deste protocolo é determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes, eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde – OMS.

O Protocolo de práticas seguras na prescrição, dispensação e administração de medicamentos também é indispensável no ambiente hospitalar. Este deve ser aplicado em todos os locais do Hospital Universitário Alcides Carneiro em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde. O objetivo desse documento é descrever as principais atividades relacionadas ao processo de prescrição inerentes aos três principais profissionais envolvidos nesse processo, o médico, o farmacêutico e o enfermeiro.

Verifica-se que a prescrição incorreta de medicamentos ocorre constantemente nos hospitais, clínicas e postos de saúde. Assim, caso o médico atue de forma intempestiva, precipitada e insensata na hora de prescrever os remédios para os pacientes, este estará agindo de forma imprudente e sua ação será configurada como erro médico, se o resultado dessa conduta trouxer danos à saúde do enfermo. E como já visto anteriormente, o médico poderá ser responsabilizado civilmente.

Por fim, com o objetivo de atender a meta internacional de Segurança do Paciente respaldada pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente e padronizar as ações para notificação de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas a artigo médico hospitalar, o então Hospital Universitário de Campina Grande/PB produziu um protocolo de Procedimento Operacional Padrão.

Nessa perspectiva, com a contínua incorporação de tecnologias na saúde, o gerenciamento de risco hospitalar deve ser implantado para sistematizar o monitoramento de eventos adversos, executando ações para o controle e eliminação de seus danos. Como parte dessas ações, a tecnovigilância atua nos procedimentos para aquisição, utilização e controle da qualidade de produtos e equipamentos na saúde (KUWABARA; ÉVOR; OLIVEIRA, .2010).

Portanto, mecanismos, como as cartilhas e os protocolos implementados no HUAC, que viabilizam a prevenção, são os métodos mais eficazes para evitar o erro médico e conseqüentemente, danos à saúde dos pacientes. A cultura de prevenção aplicada através de um Plano de Segurança do Paciente efetivo e eficaz pode diminuir significativamente os erros médicos e mitigar os incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde, pois

os profissionais aprendem e praticam constantemente a prudência e o zelo para com o enfermo – alicerce fundamental para que condutas imperitas, imprudentes ou negligentes sejam suprimidas do ambiente médico.

6 CONCLUSÃO

É pertinente trazer à tona a temática da saúde no corpo social brasileiro, considerando que o Direito à Saúde é um direito fundamental e universal, assim sendo, deve ser assegurado tratamento adequado para todos os cidadãos do país, nativos ou naturalizados, sem distinção, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988.

O acesso à saúde foi materializado através do Sistema Único de Saúde - cuja regulamentação deu-se através da Lei nº 8080/90- e, embora seja um marco social inestimável para o país, tendo em vista seu caráter gratuito e universal, ainda carece de inúmeras melhorias para que seja mais eficaz e eficiente na sociedade.

Dentre os avanços necessários no SUS e na Saúde do Brasil, como um todo, está a qualidade do cuidado ao paciente, como uma matéria que requer mais atenção. Como visto no presente artigo, a medicina moderna acaba por culminar muitas vezes em uma configuração meramente comercial no ambiente médico, aliado, ainda, com a paulatina desumanização no trato médico-paciente. Em face disso, observa-se a presença constante de erros médicos nos hospitais, clínicas, postos de saúde e outros. Em vista disso, analisou-se as problemáticas expostas no presente estudo: como o profissional da medicina pode ser responsabilizado civilmente pelas erros médicos cometidos contra seus pacientes? E, ainda, como pode-se criar uma cultura de prevenção às práticas danosas e aos eventos adversos no ambiente hospitalar?

Nesse sentido, definiu-se o erro médico como a falta de observância de regra técnica e ética capaz de causar danos à saúde ou à vida de alguém, em qualquer das modalidades de culpa: imperícia, imprudência e negligência.

Não resta dúvidas que a prática de condutas danosas aos pacientes gera responsabilidade para o médico que as cometeu. No estudo, foi proposto a análise da responsabilidade civil do médico decorrente de erro médico. Essa análise foi feita através do estudo dos pressupostos que caracterizam a responsabilidade civil -- ação, dano, nexo de causalidade e culpa (não exigido na responsabilidade objetiva).

Na esteira desse raciocínio, concluiu-se que a responsabilidade civil do profissional da medicina é subjetiva, tendo em vista que é imprescindível a caracterização do elemento da culpa, como já consolidado nos julgados de segunda instância e na doutrina, para configurar responsabilidade civil médica, pois na ausência de comprovação plena da culpa do médico, não irá gerar indenização pelo dano sofrido.

Ainda, constatou-se que a responsabilidade do médico é majoritariamente contratual e no tocante a natureza da obrigação, é tida como obrigação de meio, pois o profissional da medicina só será penalizado se for comprovado que ele não esgotou os cuidados terapêuticos que tinha disponível para o tratamento do paciente, agindo com imprudência, negligência ou imperícia.

No tocante a reparação do dano causado ao paciente, ficou evidente que esta reparação acontece por meio da indenização – compensação financeira. Entretanto, só será possível o pagamento da indenização mediante a comprovação na Justiça Civil do dano material, moral, físico e estético, cumulados ou não.

Por fim, com o condão de revelar mecanismos de prevenção do erro médico e dos eventos adversos danosos aos pacientes no ambiente hospitalar, foram

apresentados os protocolos e as cartilhas desenvolvidas pelo Hospital Universitário Alcides Carneiro, com base no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), como forma de criar uma cultura de prevenção.

Portanto, é fundamental que seja estimulado no corpo social brasileiro a cultura do cuidado com o paciente, para que o fomento a prevenção seja maior que o incentivo a litigância na justiça, com demandas que buscam a reparação dos danos decorrentes de erro médico.

REFERÊNCIAS

BITTAR, Carlos Alberto. **Reparação Civil por Danos Morais**. 2. ed. São Paulo: RT, 1994

BONAMIGO, José. CARDOSO, Florentino. **A qualidade dos médicos no Brasil**. Conselho Regional de Medicina do Paraná. Disponível: <https://www.crmpr.org.br/A-qualidade-dos-medicos-no-Brasil-13-873.shtml> Acesso em 30 de abril de 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 1 e. Brasília: ANVISA, 2013.

BRASIL. **Código de Defesa do Consumidor**. Lei nº 8.078, de 11 setembro de 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm>. Acessada em 11 de outubro e 2018.

BRASIL. *Código Civil*. **Lei nº 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acessada em 11 de outubro e 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

Brasil. **Lei 8080** de 19 de setembro de 1990, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**; Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. –Brasília : Ministério da Saúde, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos**. UNASUS. 2021. Disponível em:< <https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos> . Acesso em: 2 de jun.2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Agravo Regimental 175. Rel. Min. Gilmar Mendes, voto do Min. Celso de Mello**, j. 17-3-2010, DJE de 30- 4-2010.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Resp. 1.180.815/MG**. 3ª Turma. Relatora Min.

Nancy Andrighi. Julgado em: 26-08-2010. Disponível em: <
<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/15932146/recurso-especial-resp-1180815-mq-2010-0025531-0>>

BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. **Apelação Cível 1000118-15.2017.8.26.0405, Rel. Ricardo Dip**, Data de Julgamento: 30/07/2020, 11ª Câmara de Direito Público, Data de Publicação: 30/07/2020

BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. **Apelação Cível 1000873-37.2018.8.26.0362**. Décima Câmara de Direito Privado. Rel. Des. Márcio Boscaro. Julg. 26/06/2022. DJESP 30/06/2022.

BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. **Apelação 994080424203 (6151574000)**. 3ª Câmara de Direito Privado. Relator: Donegá Morandini, 15 de dezembro de 2009.

CARNEIRO, H.U.A. (2015). **Práticas na Prescrição de Medicamentos**. Protocolo NSP HUAC. Campina Grande – PB: Núcleo de Segurança do Paciente.

CFM. **Código de Ética Médica**. Código de Processo Ético-profissional. Brasília: CFM. 2010.

CFM. **Conselheiro denuncia, na Câmara dos Deputados, que 80% das faculdades de medicina estão em municípios sem a infraestrutura**. Portal CFM, 2021. Disponível em: < <https://portal.cfm.org.br/noticias/conselheiro-do-cfm-denuncia-na-camara-dos-deputados-que-80-das-faculdades-de-medicina-estao-em-municipios-sem-a-infraestrutura-ideal/> . Acesso em: 2 de jun de 2022

CFM. **Radiografia das escolas médicas do Brasil**. Portal CFM, 2021. Disponível em: <
<http://webpainel.cfm.org.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=radiografia%20do%20ensino%20medico%5Cradiografia%20do%20ensino%20medico.qvw&lang=en-US&host=QVS%40scfm77&anonymous=true> Acesso em: 2 de jun de 2022.

CFM. **Código de Processo Ético-Profissional**: Resolução CFM nº 2.145 de 17 de maio de 2016. Brasília: CFM. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Código de ética médica**. Resolução nº 1.246/88. Brasília: Tablóide, 1990.

CROCE, Delton. **Erro médico e direito**. São Paulo: Saraiva, 2002.

CREMESP. **Denúncia e processos: como o médico deve agir**. 2006. Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=615>>. Acessada em 02 de outubro de 2018.

DIAS, José de Aguiar. **Responsabilidade Civil**. 11.ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

DINIZ. Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro: Responsabilidade Civil**. v.7. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro: Teoria das obrigações contratuais e extracontratuais**. 18 ed. São Paulo: Saraiva. 2003.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. 12. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito médico**. 9. ed. atual. São Paulo: Forense, 2007.

FRANÇA, Genival Veloso de; FRANÇA FILHO, Genival Veloso de; LARA, Roberto Lauro. **Comentários ao Código de Processo Ético-Profissional dos Conselho de Medicina do Brasil**. 3a ed. Rio de Janeiro: Forense. 2010.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo Curso de Direito Civil. Responsabilidade Civil**. V3. 9. Ed. SAão Paulo: Saraiva, 2011.

GOMES, Júlio César Meirelles; DRUMOND, José Geraldo de Freitas; FRANÇA, Genival Veloso. **Erro médico**. 3a ed. Montes Claros: Ed. Unimontes. 2001.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro** 4. 6a ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

HARADA, M. de J.; PEDREIRA, M., 2013. **O erro humano e sua prevenção**. In: **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013.

HESSE, Konrad. Die Normative Kraft der Verfassung. **A força normativa da Constituição**. Tradução Gilmar Mendes. Porto Alegre. 1991.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **Failure Modes and Effects Analysis Tool**. 2015. Disponível em: <http://app.ihl.org/Workspace/tools/fmea/>. Acesso em 30 de junho de 2022.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade Civil do Médico**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

MATIELO, Fabrício Zamprogna. **Responsabilidade Civil do Médico**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

PORTO CC, (2017). PORTO CC. **Exame Clínico – Bases para a Prática Médica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2017. 544 páginas.

Responsabilidade civil: origem e pressupostos gerais. Ambito Jurídico,2012. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-civil/responsabilidade-civil-origem-e-pressupostos-gerais/>. Acesso em: 29 de jun. de 2022.

ROMANO,Rogério Tadeu. **Responsabilidade Civil do Médico**. Jus, 2019. Disponível em <<https://jus.com.br/artigos/72507/responsabilidade-civil-do-medico>

SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas Considerações em torno do Conteúdo, Eficácia e Efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988**. Revista Diálogo Jurídico, Salvador, CAJ – Centro de Atualização Jurídica, n. 10, janeiro, 2002, Disponível em <<http://www.direitopublico.com.br>>. Acesso em 30.11.2011.

PORTO CC, 2017. PORTO CC. Exame Clínico – **Bases para a Prática Médica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2017. 544 páginas

VENOSA, Silvio de Savio. Direito Civil: **Responsabilidade Civil**. Vol.4. 3ªed. São Paulo: Atlas S.A., 2003.

AGRADECIMENTOS

Dedico esse trabalho de conclusão de curso a todas as pessoas que estiveram comigo na caminhada acadêmica e que se fizeram presente nos momentos bons e nos momentos difíceis.

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus pelo dom da vida e pela força diária que seu Amor transmite. Sem as graças D'Ele e de Nossa Senhora, eu não teria conseguido percorrer essa trajetória.

Gratidão imensa aos meus pais, Railda Maria dos Santos Freitas e Manoel Clementino de Freitas. Meus pais são os responsáveis pela minha formação. Sempre colocaram meus estudos em primeiro lugar e hoje dedico não só a conclusão do meu curso, mas todas as minhas vitórias. Espero ser sempre motivo de orgulho para os meus primeiros professores.

À minha família, todo meu amor. Em especial a minha irmã, Thalianne Freitas, que me estimulou nos estudos e acreditou em mim quando nem eu mesma acreditei. Não posso esquecer de Bernardo, o amor da vida de tia, que nasceu em meio a produção desse TCC e seu sorriso recarregava minhas forças e me estimulava diariamente,

Agradeço também às minhas avós, Ivone e Maria, meus primos, em especial, minha prima Gabriela, meu cunhado, Pablo e meus tios que estão sempre torcendo por mim e pelos meus sonhos.

Há quase 8 anos tenho o suporte diário de Antônio Almeida, meu namorado, que nunca mediu esforços para me ajudar e me encorajar. Sendo, portanto, fundamental na minha vida e no meu coração. Estendo essa gratidão também à sua família, principalmente a Dona Maildes, a Andrea Melo de Almeida e a Rodrigo Couto.

Aos meus amigos que são fonte de alegria e companheirismo, meu muito obrigada. Em especial às minhas amigas e aos meus amigos de infância, que estiveram ao meu lado em todas as etapas da minha vida. E ao meu amigo de quatro patas, Jack, que esteve sempre pertinho de mim durante os momentos difíceis desde 2021.

Não posso deixar de agradecer também ao meu amigo/irmão, Rodrigo Assis, que sem dúvidas será um dos melhores médicos do país. Ele sempre esteve disposto a me ajudar no Hospital Universitário Alcides Carneiro e a pesquisa não seria possível sem a sua ajuda.

Dedico esse trabalho aos meus amigos médicos, Ingrid Gabriella Santos e Manoel Ludgério Segundo Pereira Neto, que através da medicina humanizada conseguem ser exemplos de profissionais. Ouso dizer que se todos os médicos fossem como eles, os pacientes seriam tratados como membros da família, com muita dedicação e amor.

Aos meus amigos do CCJ, obrigada pelos momentos vividos juntos. Entre lutas e batalhas, finalmente chegou o dia de glória. À Painalla Ribeiro e à Renally Souza, todo meu amor, amigas! A caminhada foi mais fácil com vocês, pois sempre tive a ajuda e o apoio de vocês.

À minha orientadora, Professora Dra. Ana Alice Ramos Tejo Salgado, minha gratidão. Obrigada por todo zelo e paciência durante os dois PIBIC que fizemos juntas e pelo presente TCC. Todos os ensinamentos, dentro e fora de sala de aula, irei levar por toda a vida.

Por fim, agradeço aos professores que tive a honra de ser aluna, em algum momento durante os cinco anos de graduação, e que sempre torceram pelo meu

sucesso acadêmico e profissional e aos demais funcionários do CCJ-UEPB, pelo compromisso em servir com dedicação.