

DA RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA À JUSTIÇA RESTAURATIVA NOS CUIDADOS EM SAÚDE: POR UM MODELO DE LITIGÂNCIA NÃO ADVERSARIAL

FROM MEDICAL CIVIL LIABILITY TO RESTORATIVE JUSTICE IN HEALTHCARE: TOWARDS A NON-ADVERSARIAL LITIGATION MODEL

Kalline Eler^A

<https://orcid.org/0000-0002-5016-579X>

Ian Proêncio Justo^B

<https://orcid.org/0009-0004-3188-2234>

Eliza da Silva Sabino^C

<https://orcid.org/0009-0004-3077-3706>

^A Professora de Direito da UFJF. Doutora em Bioética pela UnB. Diretora do Instituto Brasileiro de Direito do Paciente.

^B Mestrando em Direito pela PUC/MG. Pós-graduado em Direito Imobiliário Aplicado pela Escola Paulista de Direito. Graduado em Direito pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Coordenador da Revista IBRADIM de Direito Imobiliário. Advogado.

^C Pós-graduanda em Direito Digital pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em parceria com o Instituto de Tecnologia e Sociedade (ITS Rio). Graduada em Direito pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Pesquisadora voluntária no Grupo de Estudos em Direito e Tecnologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Advogada.

Correspondência: kalline.eler@ufjf.br; eliza.sabino@estudante.ufjf.br; ianproenciojusto@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.12957/rfd.2026.84779>

Artigo submetido em 01/06/2024 e aceito para publicação em 16/07/2026.

Resumo: Diante da inadequação do modelo de responsabilidade civil médica, ancorado em um modelo de litigância adversarial de matriz consumerista, para a tutela dos pacientes vítimas de eventos adversos, o presente trabalho tem como objetivo geral apresentar um novo modelo trazido pela Justiça Restaurativa aplicado na esfera da segurança do paciente. Para tanto, partindo de uma metodologia de pesquisa teórica, a relação entre profissionais de saúde e pacientes será analisada a partir de três objetivos específicos, a saber: a) demonstrar a inadequação do Direito das Obrigações para a tutela das relações de saúde, que devem ser objeto de um ramo autônomo: o Direito do Paciente; b) analisar a anacrônica vigente

aplicação da responsabilidade civil médica ancorada em um modelo de litigância adversarial, baseada na natureza consumerista atribuída aos cuidados em saúde e c) examinar a aplicação da Justiça Restaurativa nos conflitos entre profissional de saúde e paciente. Por fim, objetiva-se expor – bem como defender – a necessidade de uma nova compreensão da relação de cuidados em saúde, sobretudo no que tange à ocorrência de eventos adversos, com a superação do modelo adversarial e adoção de uma perspectiva que assegure a reparação integral dos danos às vítimas e a prevenção de novos danos, a fim de garantir a tutela e a segurança dos pacientes.

Palavras-chave: Segurança dos pacientes; justiça restaurativa; responsabilidade civil médica; eventos adversos; Direito do Paciente.

Abstract: Given the inadequacy of the medical civil liability model, anchored in an adversarial litigation model of consumerist matrix, for the protection of patients who are victims of adverse events, the present work has as its general objective to present a new model brought by Restorative Justice applied in the sphere of patient safety. To do so, starting from a theoretical research methodology, the relationship between healthcare professionals and patients will be analyzed based on three specific objectives, namely: a) to demonstrate the inadequacy of Law of Obligations for the protection of health relations, which should be the object of an autonomous branch: Patient Rights Law; b) to analyze the current application of medical civil liability anchored in an adversarial litigation model, based on the consumerist nature attributed to healthcare and c) to examine the application of Restorative Justice in conflicts between healthcare professionals and patients. Finally, the aim is to expose – as well as defend – the need for a new understanding of the healthcare relationship, especially regarding the occurrence of adverse events, overcoming the adversarial model and adopting a perspective that ensures full compensation for damages to victims and prevention of new harms, in order to guarantee the protection and safety of patients.

Keywords: Patient safety; Restorative justice; medical civil liability; adverse events; Patient Rights.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nos países ricos, “um em cada 10 pacientes sofre algum tipo de dano durante seu período de permanência no hospital” (WHO, 2021). As evidências disponíveis também sugerem que 134 milhões de eventos adversos causados pelo cuidado inseguro ocorrem em hospitais de países de renda baixa e média, contribuindo para cerca de 2,6 milhões de mortes a cada ano.

Se, por um lado, são alarmantes os dados quanto aos eventos adversos, por outro, considerando o contexto brasileiro, verifica-se um aumento crescente nos processos judiciais relacionados à saúde. De acordo com dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2019,

mais de um milhão de processos estavam em curso, com previsão de 70 novas ações por dia referentes a evento adverso (Albuquerque, 2020, p. 156). Por evento adverso, entende-se, conforme definição da OMS (Albuquerque, 2020, p. 156), um incidente que resulta em dano ao paciente.

Embora, na década de 90, o termo “erro médico” tenha sido o primeiro a ser empregado para descrever esse fenômeno, hoje o paradigma modificou-se a partir da constatação de que os incidentes na ambiência clínica não são completamente diferentes dos incidentes em indústrias de alto risco nas quais o ocorrido dificilmente pode ser atribuído ao erro de um único indivíduo. O comportamento humano está integrado em uma amálgama complexa de ações e interações, processos, relações entre equipes, comunicações, tecnologia, cultura organizacional, regras e políticas hospitalares que exigem o tratamento sistemático dos incidentes em saúde.

De acordo com essa visão sistêmica dos riscos em saúde, o termo “erro médico” tornou-se impróprio, uma vez que o erro em si não é considerado o problema principal. Com efeito, os danos causados aos pacientes não podem ser corrigidos apenas exortando os profissionais de saúde a serem mais cuidadosos.

Assim, este trabalho, em contraposição à perspectiva individual do “erro médico” tratada pela responsabilidade civil, adota o termo “evento adverso” e tem como objetivo apresentar um novo modelo trazido pela Justiça Restaurativa aplicada na esfera da segurança do paciente.

A segurança do paciente surgiu no início do século XXI e refere-se a uma abordagem holística que lida com os riscos de segurança nos cuidados em saúde e com as medidas destinadas a abordar esses riscos e os danos causados aos pacientes (Albuquerque, 2020, p. 156). Desde o final da década de 90, com o relatório *To err is human* (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000), reconheceu-se a necessidade de encarar o problema dos danos involuntários na prestação de cuidados em saúde como algo que deveria ser mitigado e prevenido a partir de uma abordagem proativa, ou seja, dando ênfase às condições em que as pessoas têm êxito e não fracassam. Nessa abordagem alternativa, os conflitos oriundos dos eventos adversos são tidos como produtivos pois criam oportunidades de aprendizagem para evitar a ocorrência de novos incidentes (Albuquerque, 2020, p. 156).

Essa visão holística da segurança do paciente, impulsionada pela OMS, contudo, encontra-se distante da realidade judicial brasileira que, fundamentada na visão tradicional da responsabilidade civil do profissional de saúde, confere um tratamento inadequado aos eventos adversos ao basear-se tão somente na responsabilização civil e penal do causador do dano com a aplicação dos conceitos de imperícia, imprudência e negligência.

Considerando que o sistema vigente tem se revelado insuficiente para promover a segurança do paciente, para evitar a ocorrência de novos casos e para atender às necessidades integrais das vítimas que recebem apenas uma reparação pecuniária, o presente trabalho sustenta um novo caminho não adversarial a partir da aplicação da Justiça Restaurativa nos cuidados em saúde.

Esse novo caminho parte do pressuposto de que a relação entre profissional de saúde e paciente não pode ser encarada como uma relação consumerista regida pelo Direito das Obrigações e pelo Direito do Consumidor, visto que se trata de uma relação essencialmente de direitos humanos dos quais decorrem os direitos do paciente, dentre os quais está incluído o direito ao cuidado seguro e de qualidade.

Dessa forma, metodologicamente, adota-se a perspectiva do Direito do Paciente que, assentado na Justiça Restaurativa, é norteado pelo **Princípio da Solução Restaurativa dos Conflitos** e apresenta cinco objetivos: 1) reparação dos danos ocasionados ao paciente; 2) promoção da segurança do paciente; 3) redução dos danos; 4) troca de informação e 5) oportunidades restaurativas para todas as partes (Albuquerque, 2020, p. 161).

Convém esclarecer que, no cenário brasileiro, o reconhecimento do Direito do Paciente e a própria autonomia desse ramo jurídico são ainda incipientes, mas essa realidade começa a ser modificada a partir da promulgação da Lei 15.378 (Brasil, 2026a), que instituiu o Estatuto dos Direitos do Paciente.

Propugna-se, então, por um modelo de tratamento dos eventos adversos não adversarial que gere aprendizados para promover melhorias concretas na segurança do paciente, para conferir uma maior centralidade às vítimas e para fortalecer a relação paciente-profissional de saúde, atualmente permeada pela falta de empatia. Ressalta-se que não se trata de revisão de literatura ou pesquisa bibliográfica, porquanto se trata de pesquisa teórica na qual há a aplicação do referencial eleito ao objeto de estudo (Sacred Heart University Library, [2013?]).

Diante desse cenário, apresenta-se como problema de pesquisa a seguinte indagação: em que medida a atual aplicação da responsabilidade civil médica, ancorada em um modelo de litigância adversarial de matriz consumerista, mostra-se apta a tutelar adequadamente a relação entre profissionais de saúde e pacientes diante da ocorrência de eventos adversos e em que medida a Justiça Restaurativa pode se apresentar como um modelo alternativo mais adequado para o tratamento desses conflitos?

Para o enfrentamento dessa problemática, o presente trabalho tem como objetivo geral apresentar o modelo da Justiça Restaurativa como alternativa ao tratamento dos eventos adversos em saúde a partir da perspectiva do Direito do Paciente. Especificamente, pretende-se: a) demonstrar a inadequação do Direito das Obrigações para a tutela das relações de cuidados em saúde; b) analisar o modelo de responsabilidade civil médica atualmente adotado e ancorado em uma litigância adversarial de matriz consumerista e c) examinar a aplicação da Justiça Restaurativa aos conflitos entre profissional de saúde e paciente como uma via apta a promover a reparação integral dos danos e a prevenção de novos eventos adversos.

O trabalho encontra-se estruturado em três partes. A primeira apresenta a concepção obrigacional aplicada à relação de cuidados em saúde e sua inadequação, tornando necessário uma nova compreensão sob a perspectiva do Direito do Paciente. A segunda aborda a responsabilidade civil médica, fruto da concepção consumerista da relação profissional de saúde e paciente e o consequente modelo de litigância adversarial usualmente empregado pelos tribunais brasileiros. Por fim, a última parte traz a abordagem restaurativa dos conflitos envolvendo profissional de saúde e paciente.

2. NOVA COMPREENSÃO DA RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE E PACIENTE SOB A PERSPECTIVA DO DIREITO DO PACIENTE

O reconhecimento de que os pacientes são titulares de direitos humanos quando submetidos a cuidados em saúde tem transformado a relação entre paciente e profissional de saúde, marcada, até então, pelo autoritarismo e pelo paternalismo.

O paternalismo baseia-se na crença de que um indivíduo está em uma posição privilegiada em detrimento de outro devido a sua vasta experiência e conhecimento

específico. Dessa forma, na história da medicina, acreditava-se que o médico estava nessa posição privilegiada de saber o que seria do melhor interesse do paciente, que ocupava uma posição de subordinação em virtude da própria doença.

No entanto, a partir do final da década de 1970, no contexto estadunidense, o autoritarismo, especialmente da classe médica, e a postura passiva dos pacientes, começam a ser alterados a partir da eclosão dos movimentos feministas e dos direitos civis, quando uma variedade de organizações dos pacientes, principalmente aquelas formadas por pacientes psiquiátricos, passou a se posicionar contrariamente à autoridade médica (Albuquerque, 2020, p. 11).

A partir de quatro casos paradigmáticos (Karen Ann Quilan, William Bartling, Paul Brophy e Nancy Cruzan) emergiram discussões em torno das diretivas antecipadas, do direito de recusar tratamentos e de ter familiares decidindo de forma substituta no caso de incapacidade decisional do paciente. Diante desses casos, o sistema judiciário americano desenvolveu uma “colcha de retalhos” de decisões que abordavam as condições para as decisões sobre o fim da vida e, ao fazer isso, provocou iniciativas legislativas que se moveram decididamente na direção da participação ativa dos pacientes nas tomadas de decisão sobre sua saúde (Ulrich, 2001).

Em 1990, o Congresso americano aprovou a primeira legislação federal sobre direitos dos pacientes, *The Patient Self-Determination Act* (Estados Unidos, 1990), que entrou em vigor no ano seguinte. Observa-se que a lei não foi um produto de um mero conjunto de circunstâncias legais que a tornaram necessárias, pelo contrário. A força motriz mais significativa por trás da formulação legal foi a situação social de pacientes que tiveram suas preferências e de seus familiares desconsideradas em um ambiente altamente tecnológico.

A lei conferiu amplo destaque ao consentimento informado, estabelecendo as bases para o exercício da sua autoridade final nas tomadas de decisão sobre seus cuidados em saúde. Essa autoridade deveria ser mantida ainda que o paciente não tivesse capacidade decisional contanto que houvesse uma diretiva antecipada indicando sua vontade e preferências sobre o curso do tratamento.

A ênfase em torno dos valores do paciente assumiu grande importância no processo decisório e a consideração da expertise do paciente nesse assunto ganhou prioridade. Assim, se o conhecimento científico e clínico do profissional foi a fundação que sustentou o privilégio

do profissional de saúde de ser o principal tomador da decisão, a partir da expansão da noção de especialista em valores de vida e da progressiva valorização do conhecimento experiencial do paciente, essa posição privilegiada foi sendo erodida.

Embora o profissional de saúde seja o expert na evidência clínica, não se pode ignorar que o paciente é a pessoa que está na melhor posição para identificar e articular seus valores com sua necessidade de cuidado. Com efeito, se, por um lado, o paciente precisa confiar nas informações trazidas pelo profissional, igualmente o profissional deve confiar que o paciente tem um conhecimento que lhe habilita a dizer o que é adequado para si e que é capaz de participar da tomada de decisão sobre sua saúde. A relação de fidúcia é bilateral pois o paciente não é um mero receptor de informações, mas um parceiro em quem o profissional pode confiar para juntos alcançarem a melhor decisão.

Portanto, a Lei (Estados Unidos, 1990), ao colocar o paciente no centro como ator responsável pela deliberação final do seu cuidado em saúde, mudou o parâmetro das decisões em saúde e a própria configuração da relação entre profissional e paciente. Em síntese, foi conferido reconhecimento ético e legal à autoridade decisional do paciente e de seus familiares. Ao fazer isso, a lei criou um espaço de reflexão sobre o que de fato é importante no contexto de decisões sobre intervenções de saúde.

Na década de 1990, a linguagem dos direitos dos pacientes ganhou amplo reconhecimento internacional e foi paulatinamente incorporada a outras legislações nacionais. Segundo o relatório final da Comissão Europeia (European Commission, 2016), publicado em 2016, que mapeou a legislação informal, as estruturas e os procedimentos de aplicação que garantem os direitos dos pacientes em todos os Estados-Membros da União Europeia, na Noruega e na Islândia, gradualmente todos os Estados-Membros – com exceção de cinco (Áustria, Bulgária, Irlanda, Itália e Malta) – desenvolveram uma abordagem jurídica própria para definir e implementar os direitos dos pacientes. No entanto, embora os Estados citados não tenham uma legislação específica sobre os direitos dos pacientes, contam, ainda assim, com proteção indireta por meio de dispositivos legais esparsos.

Em 2020, um mapeamento semelhante foi realizado na América Latina, constatando-se que apenas Equador, Chile, Costa Rica, El Salvador, Argentina e Uruguai possuem uma lei nacional sobre os direitos dos pacientes (Albuquerque; Paranhos, 2020). Na África, chama-se a atenção para a Carta dos Direitos dos Pacientes da África do Sul, adotada em 2008; a Carta

Nacional dos Direitos dos Pacientes do Quênia, de 2013, do Ministério da Saúde; a Carta dos Pacientes de Uganda, adotada pelo Ministério da Saúde em 2009 e a Carta de Direitos dos Pacientes da Nigéria, 2018 (Olusegun; Odunsi, 2023). Canadá, Austrália e Nova Zelândia, igualmente, contam com Leis sobre Direitos dos Pacientes e instrumentos inovadores para solução de conflitos e a reparação de danos.

Por fim, cita-se a Índia, cuja Comissão Nacional de Direitos Humanos elaborou um esboço de Carta de Direitos dos Pacientes que prevê o direito à informação, o direito aos registros de saúde, direito ao consentimento informado, direito à privacidade e à confidencialidade, direito à transparência e direito à segunda opinião.

Assim, observa-se que desde a década de 1990, vários Estados experimentaram, em suas legislações nacionais, uma mudança fundamental de atitude em direção ao status do paciente, sendo reconhecidos seus direitos específicos no contexto dos cuidados em saúde.

No Brasil, ainda que tardiamente, no dia 6 de abril de 2026, foi promulgada a Lei 15.378 (Brasil, 2026a), que instituiu o Estatuto dos Direitos do Paciente. Trata-se da primeira legislação nacional voltada exclusivamente para regulamentar, de forma estruturada, os direitos de pacientes em serviços de saúde públicos e privados.

Com efeito, a Lei 15.378 (Brasil, 2026a) alarga um novo horizonte para os pacientes no Brasil, pois, a partir da sua promulgação, ficam garantidos os seguintes direitos: a) Direito a cuidado em saúde de qualidade e seguro; b) Direito à autodeterminação (direito a recusar tratamentos, direito ao consentimento informado, direito a participar do processo de tomada de decisão e direito à segunda opinião); c) Direito à confidencialidade de dados pessoais; d) Direito de ter suas crenças respeitadas sem discriminação; e) Direito à informação sobre sua condição de saúde, direito ao acesso ao prontuário; f) Direito aos cuidados em saúde com qualidade e segurança e g) Direito de apresentar uma queixa e direito à reparação.

Dessa forma, especialmente a partir da promulgação do Estatuto (Brasil, 2026a), as questões atinentes ao âmbito do cuidado do paciente precisam passar a ser tratadas por um novo ramo jurídico: o Direito do Paciente, com seus princípios conformadores e fundamento teórico próprio e de natureza interdisciplinar à semelhança do que é feito em outros países. Somente a partir da adequada compreensão que os direitos das pessoas em cuidados de saúde possuem como fonte a concepção de direitos humanos, inerentes à pessoa humana, sendo incompatíveis com o regime obrigacional, será possível garantir a sua efetiva tutela.

Destarte, a fim de compreender a insuficiência da concepção obrigacional aplicada à relação de cuidados em saúde, faz-se necessário, *a priori*, analisar a própria noção de Direito das Obrigações, a fim de, *a posteriori*, elucidar os fundamentos teóricos do Direito dos Pacientes com o propósito de evidenciar a necessidade de se compreender a relação profissional de saúde e paciente sob essa nova perspectiva, fundamentada nos direitos humanos, pedra angular desse ramo autônomo do Direito.

Nesse viés, a obrigação configura-se como a relação transitória de direito mediante a qual se é constrangido a fazer ou não fazer alguma coisa economicamente apreciável, em proveito de quem, por ato nosso ou de outrem juridicamente relacionado conosco, ou em razão de lei, adquiriu o direito de nos exigir essa ação ou omissão (Bevilaqua, 1896, p. 5-6). Assim, tem-se a existência de dois centros autônomos de interesses, com as posições ocupadas pelo credor no polo ativo, e pelo devedor no polo passivo, cujo cerne da relação jurídica é o cumprimento da prestação em uma relação pautada na cooperação entre as partes com o fito de alcançar o adimplemento esperado.

Quanto aos requisitos para a configuração do vínculo obrigacional, lecionam os professores Gustavo Tepedino e Anderson Schreiber acerca da necessidade dos seguintes requisitos: possibilidade, determinabilidade e patrimonialidade (Tepedino; Schreiber, 2020, p. 10). Nesse sentido, faz-se imperioso a análise deste último requisito, posto que sua ausência representa um dos argumentos para a inadequação do regime obrigacional quanto às relações de cuidados em saúde.

Sob esse prisma, a patrimonialidade e a possibilidade de apreciação econômica da prestação são elementos imprescindíveis para a definição conceitual de obrigação, sobretudo no que concerne à capacidade de coação face ao inadimplemento. Assim, apesar de relevante discussão histórica e doutrinária, resta consolidada a posição de que há a necessidade de ocorrência do requisito patrimonial para a definição de obrigação.

Quanto ao conceito de patrimonialidade, sua definição deve ser compreendida sob a perspectiva de ampliação dos horizontes para além dos efeitos do inadimplemento, com a valoração da ação objeto da prestação, uma vez que sua natureza é de ordem objetiva, sendo determinada no âmbito de um contexto jurídico-social. Nesse viés, o que sustenta o caráter patrimonial de um determinado comportamento é a avaliação atribuída pela comunidade de

sua apreciação em termos econômicos, a despeito da disponibilidade subjetiva de suportar eventual sacrifício econômico (Konder; Renteria, 2012).

Essa definição evidencia uma compreensão funcional do Direito das Obrigações, fruto do esforço de expansão do Direito Civil-Constitucional e do fenômeno de repersonalização do Direito Privado, que passa a se conformar à promoção de valores e princípios constitucionais – como a solidariedade social, a igualdade substancial e, principalmente, a dignidade da pessoa humana (Moraes, 2010). Portanto, a obrigação, conforme Couto e Silva (2006), passa a ser vista não mais de modo estático e antagônico, mas sim dinâmico e fluido, sendo um processo de cooperação entre as partes pautado na solidariedade social e na cláusula geral da boa-fé objetiva, cujo fim e eixo de atração é o adimplemento.

Todavia, apesar dos relevantes avanços na mudança de compreensão do Direito das Obrigações, sobretudo sob perspectiva Civil-Constitucional, seus institutos não se demonstram capazes de orientar as relações entre profissionais de saúde e pacientes. A insuficiência se dá, especialmente, devido ao fato de aludidos direitos decorrerem dos direitos humanos aplicados ao contexto dos cuidados em saúde, afastando-se dos valores patrimonialistas do ramo das Obrigações.

Nessa premissa, os direitos dos pacientes se fundamentam nos próprios direitos humanos cujo cerne é a garantia da promoção da dignidade da pessoa humana, tendo como foco “[...] a proteção e o empoderamento do paciente na ambiência clínica, contrapondo-se a uma perspectiva paternalista de cuidado em saúde e fomentando a participação do paciente” (Albuquerque, 2020, p. 18).

Em suma, os direitos dos pacientes se ancoram nas concepções de dignidade humana e de igualdade fundamental de todos os seres humanos (Albuquerque, 2020, p. 24), premissas que não estão na base dos institutos civilistas, notadamente, do negócio jurídico, enquanto fato jurídico decorrente de manifestação de vontade, em observância aos pressupostos de existência, validade e eficácia que lhe são impostos pelo ordenamento jurídico (Azevedo, 2002, p. 16).

Assim, resta nítido que a relação de cuidados em saúde, como uma relação fundamentalmente de direitos humanos, sequer poderá ser tratada como de obrigação de meios, como ainda insiste vigorar no direito nacional (Braga Netto; Farias; Rosenvald, 2017, p. 1136).

Nessa ótica ultrapassada, o profissional de saúde é tratado como um devedor, cabendo-o agir razoavelmente e em consonância com os deveres de lealdade e de conduta impostos pela boa-fé objetiva, empreendendo seus melhores esforços no cumprimento da obrigação (Braga Netto; Farias; Rosenvald, 2017, p. 1108). Por outro lado, o paciente é tido como um credor que poderá exigir do devedor um comportamento compatível com aquilo que se espera da atividade, ou seja, que o profissional de saúde coloque todo seu conhecimento científico para atingir o resultado, ainda que este não seja alcançado.

Ressalta-se que autores como Renteria (2011, p. 53) criticam a divisão em obrigações de meio e de resultado argumentando que, em verdade, toda obrigação é de meios e de resultado, posto que toda obrigação, envolve o dever de diligência (deveres de conduta oriundos da boa-fé) e almeja um resultado útil que satisfaz o interesse do credor, sendo esse resultado, nas obrigações de meio, o próprio comportamento diligente do devedor. Dessa forma, Renteria (2011, p. 53) sustenta que o tratamento dispensado por um profissional de saúde constitui-se tanto no meio para se alcançar a cura do paciente, quanto no resultado da prestação quando se tem em vista que a finalidade própria a esta obrigação consiste em dispensar ao paciente os devidos cuidados terapêuticos.

Ocorre que, não obstante seja feita a crítica à distinção entre obrigações de meio e de resultado, Renteria (2011) não deixa de conceber o encontro clínico do paciente com o profissional de saúde como uma relação obrigacional, ou seja, não vislumbra que o cuidado é um bem ético muito distante dos bens amparados pelo Direito das Obrigações. Dessa forma, o enquadramento da relação entre paciente e profissional de saúde no âmbito do Direito das Obrigações se mostra inadequado e insuficiente, haja vista tratar-se de uma relação de direitos humanos.

Igualmente, não se vislumbra, nessa relação, o requisito da patrimonialidade. Nesse ponto, torna-se importante esclarecer que a relação que o indivíduo estabelece com o plano de saúde, mediante remuneração, é, com efeito, uma relação consumerista, porquanto, aqui, a relação é travada não com o profissional de saúde no intuito de cuidado, mas com a operadora de plano de saúde. No mesmo sentido, a relação do indivíduo com o Estado no que concerne aos direitos de acesso a serviços e bens de saúde tampouco é objeto do Direito do Paciente, mas do Direito Administrativo e do Direito Sanitário. Trata-se, aqui, de uma relação

impessoal, diferentemente da relação pessoal e de fidúcia estabelecida com o profissional de saúde.

Dessa forma, este trabalho não defende uma releitura civil-constitucional do negócio jurídico para que ele venha contemplar os direitos do paciente quanto aos seus cuidados em saúde, sustenta-se uma ruptura com o Direito Civil para que as questões atinentes ao paciente venham a ser tratadas por um novo ramo jurídico: o Direito do Paciente.

Essa mudança de paradigma se faz necessária, pois, diferentemente do Direito Civil, o Direito do Paciente prevê direitos que decorrem dos direitos humanos aplicáveis ao contexto dos cuidados em saúde e se alicerça no Cuidado Centrado no Paciente e no Modelo Montreal de mutualidade da relação entre profissional de saúde e paciente (Albuquerque, 2020), referenciais teóricos que embasam uma perspectiva de cuidado orientada para a realização dos projetos de vida do paciente.

Somente a partir da compreensão adequada de que os direitos das pessoas em cuidados de saúde têm como fonte a concepção de direitos humanos – inerentes à pessoa humana e, portanto, incompatíveis com o regime obrigacional – será possível garantir sua efetiva tutela, sobretudo no que tange às implicações decorrentes de eventos adversos e às medidas cabíveis para sua abordagem e reparação, conforme exposto a seguir.

3. A RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA ENQUANTO MODELO DE LITIGÂNCIA ADVERSARIAL

A partir do tratamento da relação entre paciente e profissional de saúde como uma relação jurídica obrigacional, especificamente como uma relação de consumo, e pela ausência de uma legislação específica no Direito brasileiro sobre os direitos dos pacientes, conforme mencionado anteriormente, o surgimento de situações inesperadas e indesejadas que resultam em danos para os pacientes será tratado, inadequadamente, pelo regime de responsabilidade civil.

Quanto à verificação do dano nas relações de saúde, aponta Ruy Rosado de Aguiar Júnior (1995, p. 49) que “O dano pelo qual responde o médico é o decorrente diretamente da sua ação, agravado pelas condições pessoais do paciente, pois este resultado mais grave estava na linha da causalidade posta pela ação do médico”.

Majoritariamente, os tribunais enquadram essa relação como obrigação de meio, ou seja, os profissionais de saúde somente serão responsabilizados civilmente com a reparação indenizatória aos pacientes nos casos *post factum* em que for provado qualquer modalidade de culpa (imprudência, imperícia e negligência).

Neste sentido, tem-se jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ):

Médico – Responsabilidade pessoal – Exigência de comprovação da culpa – O insucesso do tratamento – clínico ou cirúrgico – não importa automaticamente o inadimplemento contratual, cabendo ao paciente comprovar a negligência, imprudência ou imperícia do médico – O erro culpável precisa ter relação de causa e efeito com o dano, devendo ser avaliado com base em atuação de médico diligente e prudente (Brasil, 2012b).

Quanto às hipóteses de imputação de responsabilidade civil a profissionais de saúde, leciona Paula Moura Francesconi de Lemos Pereira (2010, p. 80) que:

O insucesso de uma intervenção médica, seja proveniente de uma obrigação de meio ou de resultado, apenas enseja responsabilidade do médico e consequente dever de indenizar quando ele agir com negligência, imprudência, imperícia ou erro grosseiro devidamente comprovado. E isso a despeito da responsabilidade pelo descumprimento de outros deveres extrapatrimoniais derivados do contrato, como o de informar, como se verificará no quarto capítulo.

A prova da negligência e da imperícia, na prática, constitui um enorme desafio e um motivo de aflição para as vítimas em virtude da dificuldade de comprovar a ocorrência de desvio de conduta ou ausência da diligência necessária esperada do profissional de saúde na situação. Em decorrência disso, embora usualmente a responsabilidade do profissional de saúde seja subjetiva, está também sujeita à disciplina do Código de Defesa do Consumidor (Brasil, 1990, art. 6º, VIII), com a possibilidade de inversão do ônus da prova em favor do consumidor (Braga Netto; Farias; Rosenvald, 2017, p. 1115).

Assim, o indivíduo acometido por uma enfermidade, de acordo com o art. 2º do Código de Defesa do Consumidor (Brasil, 1990), será um consumidor caracterizado por adquirir ou utilizar produto ou serviço de saúde como um destinatário final. Por outro lado, o profissional de saúde é enquadrado como um fornecedor que, de acordo com o art. 3º do Código de Defesa do Consumidor (Brasil, 1990), a partir de uma remuneração, presta um serviço ao seu cliente.

Dessa forma, conforme entendimento do STJ: “É possível a inversão do ônus da prova (Brasil, 1990, art. 6º, VIII), ainda que se trate de responsabilidade subjetiva do médico,

cabendo ao profissional a demonstração de que procedeu com atenção às orientações técnicas devidas” (Brasil, 2012a). Tal possibilidade visa impedir que a comprovação da culpa do profissional de saúde pelas vítimas seja impossível, de maneira que caracterize uma ‘prova diabólica’”.

No entanto, algumas atividades de saúde são consideradas, pela jurisprudência dominante, como obrigações de resultado. A título de exemplo, pode-se citar os tratamentos odontológicos (Brasil, 2011), os centros de exames radiológicos, os centros de análises clínicas e a cirurgia estética (Brasil, 1991). Para estes casos, o profissional de saúde compromete-se e deve alcançar o resultado esperado pelo paciente. Caso o resultado acordado entre as partes não seja alcançado, será do profissional de saúde o ônus de demonstrar o rompimento do nexo de causalidade, seja por meio de algum fato que possa ser equiparado à força maior, seja por meio da comprovação de culpa exclusiva da vítima, a fim de se exonerar da responsabilidade civil na situação.

A despeito das diferenças de classificação e da forma de responsabilização, observa-se que, para todos os casos envolvendo violação aos direitos dos pacientes, prepondera um modelo de litigância adversarial que ocorre por meio do acionamento do Poder Judiciário para lidar com as controvérsias. Nesse sentido:

No Brasil, o modelo tradicionalmente adotado ainda é o de litigância adversarial. Nele, a parte que compreende ter sofrido alguma violação de direito, ou que deseje reparação pecuniária pelo dano ocorrido, recorre ao Poder Judiciário para que um terceiro imparcial decida a controvérsia. Pelo princípio da inafastabilidade da jurisdição, disposto no artigo 5º, XXXV, da Constituição Federal de 1988 (CF/88), toda lesão ou ameaça a direito poderá ser apreciada pelo Poder Judiciário, desde que devidamente requerida pela parte que pleiteia a tutela jurisdicional. Assim, a centralidade da resolução de conflitos, inclusive decorrentes dos cuidados em saúde, é, em regra, verificada no Poder Judiciário (Menegaz, 2023, p. 109).

Neste modelo adversarial, a relação do profissional com o paciente deixa de ser vista como uma relação de confiança, cooperação e de parceria, passando a ser interpretada como uma relação consumerista puramente negocial. Entretanto, essa lógica de consumo reduz o cuidado em saúde apenas à uma perspectiva patrimonial e finalística e fundamenta-se na busca da culpa individual do profissional, o que conduz à medicina defensiva e aumenta os custos em saúde com a prescrição de exames desnecessários apenas para evitar futura responsabilização por negligência profissional (Albuquerque; Menegaz, 2021).

Nota-se que, com a mudança do tratamento da questão do âmbito da saúde para o âmbito judicial, o foco também deixa de ser o paciente e passa a ser a busca por argumentos e provas para culpar o causador do dano (Menegaz; Lima; Melgaço, 2021, p. 60-69). Essa abordagem centrada no agente busca responder a três perguntas: a) Qual regra foi violada?; b) Quem praticou a violação? e c) O quanto é maléfica a violação e o que o agente merece? (Albuquerque; Menegaz, 2021). Assim, são ignorados o contexto de trabalho do profissional de saúde, as pressões que vivencia, bem como os hiatos relativos à capacitação e apoio. Assim, trata-se de um modelo que visa tão-somente a sanção do profissional de saúde e a reparação econômica para os pacientes e familiares que sofreram eventos adversos.

Se por um lado, esse modelo retributivo ignora as complexidades da ambiência clínica, igualmente despreza as necessidades emocionais das vítimas cujas vozes são silenciadas. Ainda que a reparação seja um direito, não se pode perder de vista que, comumente, o que os pacientes e familiares desejam é uma explicação do que aconteceu. Sem essas informações, dificilmente haverá cura, pois, impotentes, não conseguirão apropriar-se do curso da vida novamente. As vítimas “[...] precisam de oportunidades para expressar e validar suas emoções: sua raiva, medo e dor” (Albuquerque, 2020, p. 156), porquanto sua experiência de dor, normalmente, não é validada, o que gera enorme frustração e sentimento de abandono.

Portanto, o processo judicial fundado na responsabilidade civil médica, além de ser caro e moroso, o que incrementa o estresse físico e emocional dos envolvidos, não satisfaz adequadamente as necessidades das vítimas do evento adverso, porquanto enfatiza a violação da regra e a imposição de pena àquele que praticou o ato.

Como demonstrado, a centralidade não está no paciente, vítima do dano, mas no profissional, causador do dano. Isso significa que à vítima caberá tão somente uma compensação econômica, permanecendo sua inquietação por respostas e informações e sua voz sem ser ouvida. Consequentemente, a experiência de justiça dessas vítimas será incompleta (Albuquerque, 2020, p. 160). Além disso, o modelo de litigância não contribui para o aprimoramento dos cuidados em saúde, ou seja, não repercute em melhorias na segurança do paciente de modo a evitar que novos eventos adversos ocorram.

Dessa forma, o presente trabalho questiona não apenas o inadequado enquadramento jurídico da relação entre paciente e profissional de saúde enquanto uma relação jurídica obrigacional de consumo, mas também a aplicação da responsabilidade civil por meio de um

modelo de litigância adversarial a fim de dirimir as controvérsias advindas entre paciente e profissional de saúde no contexto dos cuidados em saúde.

Considerando que, o modelo adversarial é fundado em uma lógica de “ganhar e perder” em que apenas um lado da controvérsia irá obter o que solicita e, além disso, possui uma estrutura burocrática e morosa que não se mostra eficaz para o contexto de cuidados em saúde, passa-se a apresentar uma nova proposta de solução de conflitos no contexto dos cuidados.

Esse novo modelo busca ser transparente, célere, eficiente e minimizar o sofrimento de todos os envolvidos a partir do acolhimento e da empatia, além de realizar trabalhos de prevenção para que novos eventos adversos não ocorram (Menegaz, 2023, p. 111).

4. ABORDAGEM RESTAURATIVA DOS CONFLITOS ENVOLVENDO PROFISSIONAL DE SAÚDE E PACIENTE

Diferentemente da visão adversarial dos cuidados em saúde, imposta pelo Direito do Consumidor, a compreensão da relação a partir dos pressupostos teóricos do Direito do Paciente emprega o Princípio da Solução Restaurativa dos Conflitos que, em síntese, propugna por um diálogo aberto entre pacientes, familiares e profissionais de saúde, sendo as necessidades da vítima o fio condutor central do processo (Albuquerque, 2020, p. 160).

Dessa forma, a reparação adequada, efetiva e oportuna dos danos decorrentes aos cuidados em saúde se dá no bojo de um processo restaurativo que, para além do ressarcimento financeiro, visa fornecer esclarecimentos sobre o ocorrido e conferir voz a todos os afetados. Ainda, nesse modelo, são enfatizadas medidas de não repetição, ou seja, recomendações para que o hospital adote mecanismos de redução de danos e promova a segurança do paciente. Em síntese, no centro do processo está a vítima que, além da compensação financeira, obterá informações e respostas sobre o ocorrido – além de ter a oportunidade para expressar e validar suas emoções, recebendo apoio psicológico para tanto – e contribuirá com reflexões sobre medidas de prevenção de novos danos.

Considera-se uma prática restaurativa aquela que, em essência, se perfaz através de um processo inclusivo e participativo, contando com envolvimento de todos os que estão

conectados ao incidente danoso, e que lida com os danos causados às vítimas, suas necessidades e as obrigações para suprir essas necessidades.

A abordagem restaurativa aplicada no âmbito da saúde parte do pressuposto de que sendo o evento adverso componente do cuidado em saúde, sua resposta deverá ser sistêmica para promover a segurança do paciente e evitar futuros incidentes. A punição do profissional de saúde em um processo judicial torna mais difícil o alcance desse objetivo, pois instaura uma cultura de medo, passando os eventos adversos a não serem relatados. Segundo pesquisas apresentadas por Albuquerque e Menegaz (2021), a má prática ou a negligência não é o comum, ou seja, até mesmo os profissionais mais qualificados podem provocar um evento adverso que, como explicado na introdução deste trabalho, consiste em uma falha inevitável, não intencional e imprevisível.

Quanto a este ponto, ressalta-se que, para além do evento adverso, há o comportamento de risco e a ação imprudente. No primeiro, o agente não considera adequadamente o risco, imaginando ser insignificante ou justificado. No segundo, o agente, apesar de ter a percepção de um risco substancial, conscientemente opta por desconsiderá-lo. Dessa forma, conforme cada uma das modalidades, a resposta dada irá variar.

Cita-se, por exemplo, o trágico caso ocorrido na cidade de Teresina em que o Cirurgião Pediátrico Eduardo Guimarães Melo foi indiciado por homicídio culposo após a morte de uma paciente de 6 anos de idade que sofria com insuficiência renal grave e fazia hemodiálise (Médico [...], 2023). No caso citado, a paciente deu entrada no hospital com quadro de infecção, sendo necessária a troca de um cateter. Ao puncionar uma veia abaixo da clavícula, uma artéria foi atingida de modo que a paciente não resistiu e veio ao óbito.

Tem-se, aqui, um caso de evento adverso: um incidente não desejado que resultou na morte de uma criança e que deveria ter sido tratado no bojo de um processo restaurativo que fizesse jus a todo sofrimento dos familiares e ao atendimento das suas necessidades, bem como do profissional de saúde. Observa-se, contudo, que tanto o Direito Penal, quanto o Direito Civil se valem dos conceitos de negligência, imprudência ou imperícia do médico para sua responsabilização, mas ignoram completamente o conceito de evento adverso.

Obviamente, em casos ultrajantes, a punição pelo dano causado faz-se necessária. No entanto, como salientado, a maioria dos casos não diz respeito à má prática ou à negligência. Assim, essa busca por culpados de eventos não intencionais contraria a concepção sistêmica

de erro nos cuidados em saúde e a obrigação ética de apoiar o profissional de saúde que também sofre em decorrência do evento e, nesse sentido, pode ser considerado uma segunda vítima.

A abordagem restaurativa afasta-se desse tipo de conduta persecutória, abrangendo, em um processo horizontal e pautado pelo diálogo, todas as pessoas que possam ter sido feridas pelo evento danoso (as primeiras e as segundas vítimas), além de fundamentar sua atuação no enfrentamento da dor através da cura, enfatizando o atendimento pleno das necessidades das vítimas, o que não envolve apenas compensação financeira e, igualmente, a prevenção de novos riscos.

Dessa forma, quatro são as questões colocadas pelo modelo restaurativo: a) Quem sofreu o dano?; b) Quais são as necessidades da vítima do dano?; c) De quem são as obrigações decorrentes do atendimento das necessidades das vítimas do dano? e d) Como podemos prevenir que o dano aconteça novamente? (Albuquerque; Menegaz, 2021). Considerando que esse modelo está mais preocupado em sanar as necessidades das vítimas e restaurar a confiança das relações que foram fragilizadas, distanciando-se, pois, da culpabilização individual, haverá maior probabilidade de o profissional admitir seu evento adverso e informar adequadamente ao paciente e familiares sobre o que, verdadeiramente, aconteceu. A partir disso, é possível extrair um aprendizado organizacional que incrementa a cultura de segurança do paciente.

Ressalta-se quanto ao ponto do atendimento das necessidades das vítimas que, de acordo com o Inquérito de Bristol (Albuquerque, 2020, p. 164), realizado no Reino Unido, geralmente os pacientes e familiares desejam, acima de tudo: a) alguém para lhes dizer o que aconteceu; b) um médico para se desculpar e c) uma atitude que assegure a não repetição do evento. Ainda, segundo o inquérito, os pacientes não desejam a punição do profissional, mas sim a assunção da responsabilidade.

Diante disso, a Nova Zelândia e os países escandinavos, por exemplo, já experimentaram o abandono do sistema de responsabilidade médica em prol da criação de um sistema de seguro de compensação de danos pessoais. Essa compensação é resolvida administrativamente, sem a necessidade de recorrer a algum serviço de advocacia. Um grupo de especialistas decide sobre a compensação, não sendo preciso provar culpa. Além disso,

todas as informações sobre o ocorrido são utilizadas para melhorar a segurança do paciente, não esgotando-se na resolução do caso individualmente (Albuquerque, 2020, p. 11).

No País de Gales, as práticas restaurativas também envolvem outras modalidades de reparação para além da compensação pecuniária das quais incluem-se satisfação, que envolve explicação pelo ocorrido (*disclosure*) e pedido de desculpas; reabilitação, que é a provisão de cuidado em saúde mental e física; a garantia de não-repetição, como a *accountability* do profissional e o estabelecimento de sistemas de prevenção de danos e de segurança do paciente (Albuquerque, 2020, p. 11).

Com efeito, não há uma prática restaurativa única, podendo a abordagem ocorrer através da mediação entre vítima-ofensor, conferências restaurativas, círculos de paz; círculos restaurativos, diálogos restaurativos; órgãos comunitários reparadores conferências de grupo familiar e círculos de sentença (Albuquerque, 2021, p. 1-16). Embora diferentes, todas essas práticas são dialógicas e dependem, para o seu sucesso, da participação de todos os envolvidos. Quanto a esse ponto, destaca-se que a recente Portaria nº 11.527 (Brasil, 2026b), que institui a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente, dispõe que a dimensão da centralidade na pessoa, jornada e direitos do paciente compreende como um dos eixos de implementação: a garantia da comunicação aberta, empática e transparente em situações de eventos adversos relacionados à atenção à saúde. Dessa forma, especialmente a partir da entrada em vigor dessa portaria, os incidentes que resultam em dano ao paciente precisarão envolver um modelo de diálogo aberto, sendo este o primeiro passo para se instituir um modelo restaurativo de gestão de conflitos em saúde.

5. CONCLUSÃO

Atualmente, a relação entre profissional de saúde e paciente se encontra deteriorada em razão da desconfiança provocada pela judicialização exacerbada da ocorrência de erros na saúde, o que tem dado margem à uma medicina defensiva com prescrição de exames e tratamentos desnecessários, enquanto procedimentos de risco são evitados pelos profissionais que temem eventual processo judicial.

Essa situação decorre do modelo vigente de responsabilidade civil médica, que não compreende adequadamente a complexidade dos ambientes de trabalho em saúde.

Ancorado na noção de culpa – problemática em si mesma, dados os danos psicológicos que impõe a todos os envolvidos no evento adverso –, esse modelo tem como foco exclusivo a punição do agente causador do dano. Trata-se, portanto, de uma lógica de justiça retributiva fundada na premissa de que quem causa um dano deve, em igual medida, sofrer por ele.

Entretanto, essa visão não consegue sequer reparar adequadamente os danos das vítimas e não contribui para o incremento da segurança do paciente, ao contrário, fomenta uma cultura de segredo, o que gera enorme frustração nas vítimas e dificulta a prevenção de danos futuros.

Portanto, é imperioso, primeiramente, que a relação profissional de saúde e paciente seja compreendida por um novo ramo jurídico, o Direito do Paciente, com seus princípios conformadores e fundamento teórico próprio e de natureza interdisciplinar, semelhante ao que é feito em outros países.

A partir dessa nova compreensão, tendo em vista que o Direito do Paciente é norteador pelo Princípio da Solução Restaurativa dos Conflitos, temos que o tratamento dos eventos adversos deve ser feito através da abordagem restaurativa que prima pela reparação integral dos danos ocasionados à vítima e sua cura emocional e busca, igualmente, reestabelecer a confiança entre o profissional e o paciente, além de prevenir futuros eventos adversos.

Nesse modelo, distante da lógica adversarial do litígio, o conflito passa a ser encarado como uma oportunidade de aprendizado organizacional – um meio de identificar falhas no sistema e, a partir delas, fomentar a segurança do paciente, objetivo maior de qualquer sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR JÚNIOR, Ruy Rosado. Responsabilidade civil do médico. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, v. 718, p. 33-53, ago. 1995.

ALBUQUERQUE, Aline. **Manual de direito do paciente**. Belo Horizonte: Editora CEI, 2020.

ALBUQUERQUE, Aline; PARANHOS, Denise G. A. M. Direitos humanos como fundamento teórico-prático da Bioética de Intervenção. **Revista Redbioética/UNESCO**, Montevideo, año 11, v. 2, n. 22, p. 12, jul./dic. 2020.

ALBUQUERQUE, Aline. **Bioética e justiça restaurativa**. Ponta Grossa: Atena, 2021.

ALBUQUERQUE, Aline; MENEGAZ, Mariana Lima. Segurança do paciente e justiça restaurativa. In: ALBUQUERQUE, Aline. **Bioética e justiça restaurativa**. Ponta Grossa: Atena, 2021. p. 110-125.

AZEVEDO, Antônio Junqueira de. **Negócio jurídico**: existência, validade e eficácia. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

BEVILAQUA, Clovis. **Direito das obrigações**. Salvador: Livraria Magalhães, 1896.

BRAGA NETTO, Felipe; FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Novo tratado de responsabilidade civil**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 11 maio 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. 3ª Turma. **Recurso Especial nº 10.536/RJ**. Relator: Ministro Dias Trindade. Julgamento em 21 jun. 1991. Diário da Justiça da União, 19 ago. 1991, n. 159, p. 1093.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. 4ª Turma. **Recurso Especial nº 1.238.746/MS**. Relator: Ministro Luis Felipe Salomão. Julgamento em 4 nov. 2011.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. 4ª Turma. **Agravo Regimental no Agravo em Recurso Especial nº 25.838**. Relator: Ministro Luis Felipe Salomão. DJe 26 nov. 2012a.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. 4ª Turma. **Recurso Especial nº 992.821/SC**. Relator: Ministro Luis Felipe Salomão. Julgamento em 24 set. 2012b.

BRASIL. **Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026a**. Institui o Estatuto dos Direitos do Paciente. Brasília, DF: Presidência da República, 2026. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2026/Lei/L15378.htm. Acesso em: 4 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 11.527, de 9 de junho de 2026b**. Institui a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, edição 106, p. 164, 10 jun. 2026. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-11.527-de-9-de-junho-de-2026-711400715>. Acesso em: 4 ago. 2026.

ESTADOS UNIDOS. **Patient Self-Determination Act of 1990**. Public Law n. 101-508. Washington, DC: 101st United States Congress, 1990. Disponível em: <https://www.congress.gov/bill/101st-congress/house-bill/4449>. Acesso em: 4 ago. 2026.

EUROPEAN COMMISSION. **Patients' rights in the European Union**: mapping exercise. Luxemburgo: Publications Office of the European Union, 2016. Disponível em:

https://www.activecitizenship.net/multimedia/files/charter-of-rights/publications-of-the-charter/Patients_Rights_in_the_European_Union.pdf. Acesso em: 4 ago. 2026.

KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M.; DONALDSON, Molla S. (ed.). **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academy Press, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.17226/9728>. Acesso em: 4 ago. 2026.

KONDER, Carlos Nelson; RENTERIA, Pablo. A funcionalização das relações obrigacionais: interesse do credor e patrimonialidade da prestação. **Civilistica.com**, [s. l.], v. 1, n. 2, 2012. Disponível em: <https://civilistica.emnuvens.com.br/redc/article/view/45>. Acesso em: 9 set. 2023.

MÉDICO Eduardo Melo é encontrado morto em Teresina. **Diário do Povo**, Teresina, 2023. Disponível em: <https://diario.dopovo.com.br/2023/06/29/medico-eduardo-melo-e-encontrado-morto-em-teresina/>. Acesso em: 1 abr. 2024.

MENEGAZ, Mariana Lima. Direito de apresentar queixa e direito à reparação no contexto dos direitos do paciente. In: ALBUQUERQUE, Aline; MELGAÇO, Nelma (org.). **Direito do paciente: formação e atualização**. Ponta Grossa: Atena, 2023. p. 107-118.

MENEGAZ, Mariana Lima; LIMA, Meiriany Arruda; MELGAÇO, Nelma M. O. Evento adverso nos cuidados em saúde: abordagem restaurativa. In: ALBUQUERQUE, Aline. **Bioética e justiça restaurativa**. Ponta Grossa: Atena, 2021. p. 60-69.

MORAES, Maria Celina Bodin de. **Na medida da pessoa humana: estudos de direito civil-constitucional**. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

OLUSEGUN, Olaitan O.; ODUNSI, Babafemi. Advancing the rights of patients in Nigeria: analysing the patients' bill of rights. **Journal of Law and Medicine**, [s. l.], v. 30, n. 1, p. 235-249, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37271962/>. Acesso em: 6 mar. 2024.

PEREIRA, Paula Moura Francesconi de Lemos. **Relação médico-paciente: o respeito à autonomia do paciente e a responsabilidade civil do médico pelo dever de informar**. 2010. 269 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/9831>. Acesso em: 4 jul. 2026.

RENTERIA, Pablo W. **Obrigações de meios e de resultado: análise crítica**. São Paulo: Forense, 2011.

SACRED HEART UNIVERSITY LIBRARY. **Organizing Academic Research Papers: theoretical framework**. Fairfield, CT: Sacred Heart University, [2013?]. Disponível em: <https://library.sacredheart.edu/c.php?g=29803&p=185919>. Acesso em: 6 mar. 2024.

SILVA, Clóvis do Couto e. **A obrigação como processo**. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

TEPEDINO, Gustavo; SCHREIBER, Anderson. **Fundamentos de direito civil: obrigações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020.

ULRICH, Lawrence P. **The patient self-determination act**: meeting the challenges in patient care. Washington, DC: Georgetown University Press, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global patient safety action plan 2021–2030**: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/343477>. Acesso em: 10 abr. 2024.