

# RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA POR DANO IATROGÊNICO À LUZ DA BOA-FÉ OBJETIVA: UMA ANÁLISE DA CONFORMAÇÃO DO DIREITO À INFORMAÇÃO

Ana Thereza Meireles<sup>1</sup>

Jemyma Jandiroba Ferreira<sup>2</sup>

Resumo: Artigo destinado à análise da responsabilidade civil médica quando da ocorrência do dano iatrogênico, à luz da boa-fé objetiva e numa conformação do direito à informação. Discute-se, como premissa, que a responsabilidade civil médica se dá quando presente a conduta culposa, ou seja, pela ocorrência da imperícia, imprudência ou negligência. A presente pesquisa se propôs ao estudo do que é, juridicamente, o dano iatrogênico, sendo possível constatar que a ocorrência deste dano, de modo puro e simples, não enseja reparação civil, senão inviabilizaria a prática da profissão. Contudo, para isso, é preciso verificar se o direito constitucional à informação foi observado no caso concreto. Ou seja, se o médico cumpriu com o dever constitucional, legal e ético-deontológico de informar. Isso se dá através do consentimento informado, que é um instrumento de concretização do direito à informação em saúde, possuindo um duplo viés de proteger a autonomia do paciente e salvaguardar o profissional médico.

---

<sup>1</sup> Pós-Doutoranda em *Medicina* pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em *Relações Sociais e Novos Direitos* pela Faculdade de Direito da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em *Direito Privado e Econômico* pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), da Universidade Católica do Salvador e da Faculdade Baiana de Direito.

<sup>2</sup> Graduanda em Direito pela Faculdade Baiana de Direito e Gestão. Graduada em enfermagem pela Faculdade UNIME.

Palavras-Chave: responsabilidade civil médica; iatrogenia; direito à informação; paternalismo; consentimento informado.

## MEDICAL LIABILITY FOR DAMAGE IATROGENESIS THE LIGHT OF THE OBJECTIVE GOOD FAITH: AN ANALYSIS OF THE CONFORMATION OF THE RIGHT TO INFORMATION

**Abstract:** This article objectives to analyze the medical liability in the event of damage iatrogenesis, in the light of the objective good faith, and a formation of right to information. It discusses, as a premise, that the medical liability when this wrongful conduct. That is, the occurrence of clumsiness, recklessness or negligence. This research proposes the study of what is, legally, the damage iatrogenesis, and found that the occurrence of this damage, so pure and simple, not civil, if not remove repair requires the practice of the profession. However, for that, it should be noted whether the constitutional right to information was noted in the case. That is, if the doctor complied with the constitutional duty, legal and ethical conduct of inform. This is through informed consent, which is an instrument of realization of the right to information on health, with a double bias to protect the patient's autonomy and safeguard medical professional.

**Keywords:** medical liability; iatrogenesis; right to information; paternalism; informed consent.

**Sumário:** 1 Introdução 2 Responsabilidade no âmbito da relação médico-paciente e iatrogenia 2.1 Considerações pertinentes sobre a responsabilidade civil médica: a configuração do erro 2.2 Notas conceituais sobre a iatrogenia 3 Conformação do direito à informação 3.1 O direito à informação 3.2 Dever de informação em torno da responsabilidade civil médica: o consentimento

informado 4 Conclusão. Referências

## 1 INTRODUÇÃO



medicina é uma ciência milenar. Nesta, há uma relação médico-paciente baseada na confiança e na lealdade. Durante a anamnese, o médico deve se munir de todas as informações possíveis da saúde pregressa do paciente, e este, por sua vez, deve ser honesto ao prestar todas as informações que lhe foram requeridas, sem falseamento nem omissões.

Sendo cada vez mais crescente as intervenções médicas, é sabido que as mesmas sempre terão consequências que são inerentes e até mesmo previsíveis. Sabe-se que, para evitar uma infecção generalizada, por exemplo, há casos em que é necessário que haja amputação de um membro. Neste caso, por óbvio, trata-se de um exercício regular do direito, não tendo o médico incorrido em ilícito punível. Muito pelo contrário. Outro exemplo corriqueiro na prática médica é a possível fratura de costela decorrente das manobras de reanimação em casos de parada cardíaca.

A medicina é imprescindível para a sociedade. Os médicos atuam com os mais elevados propósitos e se empenham para atender os dramas dos pacientes, sem contudo, prometer a cura, que pode ou não acontecer. Todo procedimento médico, quanto mais invasivo, maiores as chances de gerar danos ao paciente. Muitas vezes são consequências naturais.

Nada na medicina científica é feito ao acaso. Há pesquisa, experimentos e protocolos a serem seguidos à risca. E por isso mesmo que em alguns casos se pode prever quais as consequências de determinada conduta terapêutica, que podem ser benéficas, alcançando o resultado desejado, mas podem trazer consigo um dano. O problema é saber até que ponto estas consequências gerarão danos escusáveis ou não.

O dano iatrogênico é aquele dano não só previsível, como também escusável. Ou seja, é um dano inerente ao exercício da medicina. Certamente, a priori, o profissional médico não deverá ser responsabilizado, porque senão seria inviável a prática da profissão.

Mas o médico precisa cumprir certos deveres relacionados à profissão. Dentre eles está o de prestar informações precisas, numa linguagem clara, esclarecendo como se darão os procedimentos e suas eventuais consequências, mesmo que estas sejam previsíveis e toleráveis. Disso resulta a exigência do consentimento informado, que deve ser prévio e esclarecido, salvo nas hipóteses de emergência, onde a informação deverá ainda assim ser prestada a posteriori.

Isto porque assiste ao paciente o direito à informação. Tal direito, além de possuir previsão expressa na Constituição Federal de 1988, é um desdobramento da boa-fé objetiva, que por sua vez é um corolário de todo o ordenamento cível-constitucional. Diante disto, ocorrido o dano iatrogênico, e ausente a prévia informação, questiona-se se surgiria ou não o dever de indenizar.

O objetivo desta pesquisa é analisar o dano iatrogênico, e a possibilidade ou não de responsabilização civil médica em sua ocorrência, à luz do princípio da boa-fé objetiva, e numa conformação com o direito constitucional à informação.

## 2 RESPONSABILIDADE NO ÂMBITO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E IATROGENIA

O princípio geral do *neminem laedere* está presente em todas as relações humanas, sendo um dos fundamentos da responsabilidade civil subjetiva. Em sendo o médico um profissional liberal, está também sujeito à responsabilização civil pelo dano decorrente de sua atuação.

Acrescenta-se a isso a peculiar relação entre médico e paciente, haja vista aquela ser pautada sobretudo na fidúcia entre

ambos. Tal peculiaridade não somente singulariza a relação, como também impõe aos sujeitos que hajam de acordo com o corolário da boa-fé objetiva, mas, sobretudo, determina que haja a observância do direito à informação, que deve ser livre e esclarecida.

O ordenamento jurídico pátrio garante que o profissional médico irá ser responsabilizado quando agir com culpa no exercício de sua profissão. Mas há ainda a iatrogenia, que, frequentemente ocorre na prestação do serviço médico, causando o dano iatrogênico ao paciente. Este, por sua vez, tende a buscar reparação, e a pleiteia nos Tribunais de nosso país, sendo imprescindível o estudo do que seja o dano iatrogênico, e se com ele surgirá ou não o dever de indenizar.

## 2.1 CONSIDERAÇÕES PERTINENTES SOBRE A RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA: A CONFIGURAÇÃO DO ERRO

A relação médico-paciente passou por muitas mudanças ao longo dos séculos. Antigamente era comum a figura do médico de família, pessoa de confiança, que possuía uma relação de respeito e amizade para com o paciente e sua família. Nessa relação não havia espaço para desconfianças e questionamentos sobre a qualidade dos serviços prestados (SÁ; NAVES, 2015, p. 101). Havia uma conduta bastante paternalista, numa relação de autoridade e submissão.

Com o surgimento de grandes hospitais e a vinculação a planos de saúde, houve um distanciamento entre paciente e médico, de forma que o paciente se tornou um usuário dos serviços prestados pelo médico, ora fornecedor dos serviços. Atrelado a isso, a sociedade, cada vez mais consumista e consciente de seus direitos, apresenta-se mais exigente quanto aos resultados dos serviços médicos. O médico deixou de ser o profissional de confiança da família, e passou a ser o “especialista” (SÁ; NAVES,

2015, p. 102). A relação passou a ser “episódica, rápida, pontual, e desprovida de uma maior interação e empatia entre eles” (STOCO, 2011, p. 623).

Na história da medicina, a ausência ou insuficiência de diálogo é identificado como um problema persistente nessa relação. Existe um poder informacional que é exercido de forma assimétrica, com informação escassa ou ausente, o que faz com que o saber e o poder fiquem exclusivamente com o médico (VASCONCELOS, 2017, p. 11-34).

É importante frisar que embora a cura seja o objetivo da medicina, o médico não se obriga a ela. Em verdade o médico assume, via de regra, uma obrigação de meio, onde compromete-se a empenhar-se, com zelo, fazendo uso de todos os recursos existentes e adequados, sempre no melhor interesse do paciente, prestando o melhor serviço possível e a maior e melhor informação. O profissional cumpre a obrigação quando comportou-se de maneira adequada, compatível com o que foi contratado, independentemente de ter alcançado o resultado esperado ou não (SOUZA, 2018, p. 36). Além disso, toda intervenção médica possui riscos. Quanto mais invasivo o procedimento, maior o risco.

O ordenamento jurídico garante que o médico irá ser responsabilizado quando agir com culpa. Via de regra, há um vínculo de natureza contratual, e a responsabilidade pessoal do médico é subjetiva, por expressa previsão legal, por tratar-se de um profissional liberal (art. 14, § 4º, do CDC). É, assim, uma exceção à regra geral da responsabilidade objetiva nas relações de consumo, havendo a verificação da culpa e cabendo à vítima comprovar o dano, o nexo de causalidade e a culpa, sendo possível a inversão do ônus da prova.

Para a configuração do erro médico é indispensável a prova da culpa. Estando presente a imperícia, imprudência ou negligência no ato do profissional, que cause dano ao paciente, estará configurada a culpa, competindo ao paciente o ônus

probatório.

Erro médico e iatrogenia são inconciliáveis e excludentes. A caracterização de um destes resultados exclui automaticamente o outro. O erro médico é um inadimplemento contratual e gera responsabilidade civil, penal e administrativa. Está no campo da ilicitude. Havendo a falha na prestação do serviço, e comprovada a culpa, haverá a obrigação de indenizar (MALDONADO, 2007, p. 7; SOUZA, 2018, p. 39).

## 2.2 NOTAS CONCEITUAIS SOBRE A IATROGENIA

Primeiramente, há de se destacar que há expressiva divergência doutrinária e jurisprudencial acerca do conceito de iatrogenia, interpretando-o de forma diversa e antagônica. Aponta-se que há duas correntes principais acerca do conceito de iatrogenia. A primeira trata a iatrogenia como gênero, sendo que a depender da espécie observada no caso concreto, pode ou não dar ensejo à responsabilidade civil médica. A segunda corrente traz uma distinção enfática entre erro médico e a iatrogenia, não sendo esta última uma causa de responsabilidade civil em nenhuma hipótese. Certamente, a compreensão da iatrogenia e do erro médico como excludentes é o melhor caminho a ser seguido no estudo desta temática (MEIRELLES; BARBOSA, 2017, p. 192 e 198).

A iatrogenia não se confunde com erro médico, com simulação ou má-fé. Classicamente, há quem sustente que existe um sentido benéfico do dano iatrogênico, pois seria resultado de uma ação médica correta. Por outro lado, hodiernamente outros sustentam que o dano iatrogênico, mesmo imprevisível e inesperado, tem como pressuposto uma ação nociva do médico (MALDONADO, 2007, p. 02).

Trata-se de tema que tem despertado grande interesse entre os profissionais da saúde, sobretudo no que diz respeito à prevenção de sua ocorrência, a fim de evitar que surja o dever

de indenizar. Entretanto, alerta José Maldonado (2007, p. 03), para o fato de que a maioria dos estudos acerca do dano iatrogênico se limitam a descrever a patologia iatrogênica, sem, contudo, analisar os motivos do comportamento médico iatrogênico, ou apenas aborda-o superficialmente.

Soma-se a isso o fato de que as reclamações acerca dos serviços médicos, historicamente, ocorriam em números não expressivos, e geralmente estavam ligadas a casos de lesões mais graves, ou no caso de óbito do paciente. Contudo, as demandas judiciais não eram publicizadas, e raramente os processos tinham andamento (DUZ, 2002, p. 11).

A partir da década de 1960, elevou-se o número de demandas judiciais. No Brasil, o grande impulso surgiu devido à previsão do art. 5º, inciso V da Constituição Federal de 1988 acerca do dano moral, juntamente com o ingresso do Código de Defesa do Consumidor no ordenamento jurídico pátrio, em 1990. Inicialmente, as demandas judiciais eram amplamente favoráveis à vítima, o que culminou em vultosas indenizações (DUZ, 2002, p. 12).

A partir deste momento, os profissionais da saúde passaram a ser responsabilizados por todo e qualquer resultado não desejável. Foi nesse contexto que os profissionais passaram a se preocupar em identificar quais efeitos adversos que não estavam relacionados à enfermidade do paciente, nem surgido em consequência de uma imperícia ou imprudência. As ponderações mais conhecidas acerca da incidência de doenças iatrogênicas se desenvolveram a partir de 1977, estimulada pelo aumento de demandas judiciais. A iatrogenia surgiu como uma defesa, para justificar a ausência de culpa frente ao dano verificado, isentando de responsabilidade o profissional (DUZ, 2002, p. 13).

Surgiu, então, a necessidade de uma definição e separação mais evidente da diferença existente entre o erro médico e a iatrogenia, a fim de se compreender os limites da responsabilidade civil. Os magistrados detectaram a necessidade de



estabelecimento de marcos jurídicos que definissem a separação entre o quase-ilícito (iatrogenia) e o ilícito civil (responsabilidade médica) (DUZ, 2002, p. 14).

Estando uma pessoa perfeitamente saudável, ou com alguma patologia, é possível que seja submetido a algum procedimento médico e sofra um prejuízo ocasionado pelo ato do profissional. Deste modo, o comportamento do médico influencia sobre a ação terapêutica. Assinala Lain Entralgo (1978), citado por José Maldonado (2007, p. 03), que a palavra iatrogenia, desde 1978, designa aspectos nocivos ou negativos da influência do médico no tratamento, não mais havendo na iatrogenia o sentido de influência benéfica.

A iatrogenia vem sendo entendida como um resultado danoso causado pela atuação do médico, conquanto não seja a consequência de um ato culposo. Nos Tribunais, a iatrogenia ainda vem sendo alegada como meio de defesa, para demonstrar a ausência de culpa do médico, ausência esta essencial para caracterizar a iatrogenia (DUZ, 2002, p. 205).

José Carlos Maldonado (2007, p. 04) conceitua a doença iatrogênica:

A expressão doença iatrogênica, derivada do iatron – local onde os médicos antigos guardavam seus instrumentos, davam consultas, faziam curativos e operações -, significa as manifestações decorrentes do emprego de medicamentos em geral, atos cirúrgicos ou quaisquer processos de tratamento feitos pelo médico ou por seus auxiliares.

A medicina, ao conceituar a iatrogenia de forma ampla, como todo dano causado ao paciente pela ação médica ou pelo tratamento, acaba por excluir a iatrogenia da responsabilidade civil. Significa que o dano ocasionado pela iatrogenia não levaria à indenização reparatória (MALDONADO, 2007, p. 08). O termo iatrogenia significaria tudo que é causado pelo profissional. Não resultando de um ato ilícito, não gera o dever de indenizar (DUZ, 2002, p. 211).

Sob o enfoque jurídico-doutrinário, a iatrogenia se refere

apenas às lesões previsíveis, esperadas ou não no caso concreto, decorrentes do iter procedimental. Assim, as lesões decorrentes da imperícia, imprudência ou negligência, não tipifica o dano iatrogênico. A lesão iatrogênica, por ser necessária, é previsível, não podendo ser encarada como comportamento reprovado pelo ordenamento jurídico (MALDONADO, 2007, p. 9-10).

A exemplo, tem-se o procedimento de ressuscitação cardiopulmonar. A American Heart Association (AHA) é a responsável pela publicação científica de diretrizes que são adotadas por protocolos de salvamento do mundo inteiro, inclusive do Ministério da Saúde acerca do atendimento às pessoas vítimas de parada cardiorrespiratória. Trata-se do uso da técnica de massagem cardíaca na região torácica do paciente, bem como a ventilação pulmonar através da oferta de oxigênio. Tal procedimento é necessário para salvar o paciente de uma parada cardíaca, e tem a previsibilidade de ocasionar a fratura de costelas. Ocorrido tal dano, não é razoável que o profissional médico seja responsabilizado civilmente (BRASIL, 2016; DIAS *et al*, 2006).

A expressão iatrogenia pode ser definida como a “alteração patológica provocada no paciente por tratamento de qualquer tipo” (STOCO, 2011, p. 663). Do dicionário de termos técnicos de medicina e saúde, extrai-se o seguinte conceito: “Iatrogênico - Adj.: 1. Diz-se um efeito colateral ou de um resultado indesejável causado pelo médico ou pelo tratamento que prescreveu. 2. Alteração ou doença provocada pela medicação prescrita” (REY, 2003).

Etimologicamente a palavra iatrogenia deriva do grego, sendo composta pelos radicais *iatros* ou *iatron*, e *genea*. *Iatros* se refere ao médico ou curandeiro, ou seja, aquele que exerce a medicina. *Iatron* era o local onde, antigamente, os médicos realizavam consultas e procedimentos, e guardavam seus instrumentos. Já *genea* significa origem; causa (SILVA, 2008, p. 676; MALDONADO, 2007, p. 04).

Paulo Jatene (2000), citado por Rui Stoco (2011, p. 662),

observa que se trata de uma expressão utilizada para indicar o que é causado pelo médico, e ressalta que não apenas os médicos, e sim todos os profissionais da área de saúde são iatrogênicos, em maior ou menor grau, pois há vários procedimentos que implicam uma lesão posterior. Todo e qualquer procedimento invasivo possui riscos de gerar efeitos danosos, que podem ser presumíveis, inesperados, controláveis ou não.

A iatrogenia é “decorrente da intervenção médica, correta ou não, e justificada ou não, da qual resultam consequências prejudiciais ao paciente”. Destaca-se que há ramos da medicina, como a terapia intensiva e a emergência, em que os pacientes estão mais vulneráveis à iatrogenia, pois há uma instabilidade e necessidade de intervenções rápidas, muitas vezes sem os dados completos da condição à qual o paciente se encontra (CANINEU, 2006, p. 01).

Alberto Riú (1981, p. 50), citado por José Maldonado (2007, p. 03) assinala ser a Iatrogenia uma “síndrome não punível, caracterizada por um dano inculpável, no corpo ou na saúde do paciente, consequente de uma aplicação terapêutica, isenta de responsabilidade profissional”.

Seguindo estes entendimentos supracitados, Marcella Oliboni (2016, p. 14), afirma que a iatrogenia seria, em regra, uma excludente de responsabilidade civil para o profissional médico. Contudo, há de se ter cautela na análise do dano iatrogênico no caso concreto, pois seria possível o profissional médico agir de forma a escusar-se sempre que possível na iatrogenia, levando ao caos social e à desconfiança generalizada. Isso porque a linha divisória entre o erro médico e o dano iatrogênico é muito tênue, e deve-se observar o princípio da razoabilidade.

Ressalta-se que, não obstante a iatrogenia excluir a responsabilidade civil médica, isto não ocorre pela ruptura do nexo de causalidade, mas sim pela impossibilidade de atribuição de culpa ao médico. Caso se considere o dano iatrogênico como imprevisível ou inevitável, cometer-se-á uma inexatidão, pois

poderia haver confusão com as excludentes caso fortuito e a força maior (MEIRELLES; BARBOSA, 2017, p. 199).

Há intervenções e procedimentos médicos cujas lesões são previstas, e, portanto, lícitas, permitidas e necessárias. Sem tais lesões, seria impossível a realização do procedimento. A produção deste resultado deve ser considerado, para Tula Menezes (2010, p. 21-22), como um “exercício regular de um direito do médico em atuar dentro das técnicas e métodos aceitos, indicados e reconhecidos pela ciência médica”. Contudo, para que o médico possa atuar, é necessária a devida autorização do paciente.

Em contrapartida ao entendimento suscitado acima, Rui Stoco (2011, p. 664) sustenta que a iatrogenia “traduz apenas um acontecimento ou resultado danoso decorrente da ação médica”. O dano iatrogênico decorrente da técnica empregada não pode ser considerado como um ilícito, mas o erro inescusável é punível, devendo por isso ser delimitado.

Existem três tipos de iatrogenia:

1. lesões previsíveis, sabendo-se que o procedimento implica em seqüela (Exemplos: cirurgias mutiladoras, como amputações de membros (visíveis), gastrectomias, colecistectomias, apendicectomias (não visíveis);
2. lesões previsíveis, porém inesperadas, podendo o procedimento acarretar lesões inerentes à técnica (Exemplos: reação alérgica em decorrência do uso de contrastes radiológicos);
3. lesões decorrentes da falha do comportamento humano no exercício da profissão, caso em que as falhas são passíveis de suscitar o problema da responsabilidade legal do médico (Exemplo: confusão da veia safena com a artéria femoral durante cirurgia de varizes, levando à gangrena) (JATENE, *apud* STOCO, 2011, p. 664).

A iatrogenia como dano à pessoa – quando decorra de uma conduta culposa do agente (profissional da área médica), e, assim, se possa identificar um nexó etiológico entre essa conduta e o resultado iatrogênico – transforma o fato danoso em ato ilícito, insere-se na teoria da culpa e passa a ser regido pelas regras da responsabilidade civil. Essa hipótese diz respeito ao

cometimento do erro médico, havendo responsabilização do médico (STOCO, 2011, p. 666).

O dano iatrogênico puro e simples, baseado na previsibilidade, e que ocorre de acordo com o procedimento técnico recomendado pelos protocolos médicos não conduz à responsabilidade civil. Não há justa causa que seja suficiente para transformar o dano iatrogênico puro em dano indenizável (STOCO, 2011). Trata-se de um dano escusável (*faute du service*), e não gera responsabilização (MALDONADO, 2007, p. 08).

Segundo Marcella Oliboni (2016, p. 14), há situações em que o médico, mesmo conhecendo os riscos de um tratamento ou procedimento, entende que é o mais adequado e o executa. A consequência danosa não é um erro, e sim um dano iatrogênico, não gerando responsabilização civil.

Contudo, destaca José Maldonado (2007, p. 19) que, amparando-se na falibilidade médica, a iatrogenia tem servido de anteparo aos erros médicos, afastando a responsabilidade civil em muitos casos. A ausência de marcos jurídicos específicos por parte da doutrina e Tribunais pátrios vem mantendo indefinido quais seriam os efeitos decorrentes do quase-ilícito (iatrogenia), e do ilícito civil (erro médico).

É certo que algumas ações médicas que causam danos aos pacientes, “apesar de serem rotuladas como iatrogênicas, escondem, sob o manto da simulação, um dano que poderia ser evitado, fruto de situação em que o médico, apesar da previsibilidade nociva, anuiu com o resultado” (MALDONADO, 2007, p. 11).

Percebe-se que quem anui com o risco é o médico, e não o próprio paciente. Muitas vezes ocorre a exclusão da responsabilidade civil através de uma simulação iatrogênica. Isso ocorre, segundo José Maldonado (2007, p. 11), devido à dificuldade em se comprovar a voluntariedade e/ou culpabilidade do agir médico. Caso seja descoberto este ilícito procedimental, deve ser reconhecida a conduta ilícita passível de punição.

A medicina é uma ciência inexata, com várias condicionantes para o seu êxito, como a própria fisiologia de cada paciente. A arte de curar vem servindo como justificativa para afastar a responsabilidade cível e penal, sob o argumento de que a prática médica não pode ser equiparada a de outros profissionais, devido às suas características singulares, mesmo que acarrete danos irreparáveis aos pacientes. Numa análise da iatrogenia com base na responsabilidade civil, ela pode “revelar-se ora levemente esperada, ora conscientemente assumida”. Quando da sua ocorrência, costuma-se interpretá-la como uma normalidade decorrente do procedimento técnico, mesmo em situações que poderia ser evitado, sem quaisquer questionamentos quanto à conduta médica adotada (MALDONADO, 2007, p. 12).

Corroborando este entendimento, Taciana Halfeld (2011, p. 40) sustenta que, em regra, a lesão iatrogênica, não gera a responsabilidade para o médico, exceto quando ocorrer descumprimento do dever de informação, ou quando resultar de uma omissão ou atuação culposa.

Na prática médica, por mais simples que seja um procedimento, há um potencial danoso em grau variável, inclusive com a possibilidade de morte, pois há reações corporais adversas que estão além da atual compreensão e justificativas técnico-jurídicas. Entretanto, normalmente os riscos são previsíveis. Dentro dos padrões técnicos previstos em protocolos, salienta-se que o médico só responderá se faltar com o seu dever de informar (BARROS, 2007, p. 96-100).

A iatrogenia também pode estar relacionada com fatores intrínsecos de cada paciente, pois cada ser humano reage de forma diferenciada frente aos procedimentos e medicamentos. Nestes casos podem ocorrer lesões iatrogênicas, onde a conduta do médico será lícita, mas o paciente deve ser informado ainda assim das possíveis consequências. Caso isso seja feito, não haverá responsabilidade civil do médico (MENEZES, 2010, p. 22).

Ademais, durante a anamnese, o paciente deve relatar ao

médico todo o seu histórico de saúde, sem omissões. Segundo Tula Menezes (2010, p. 22), caso haja a omissão de uma informação importante, como o fato de ser portador de alguma patologia, e houver alguma intercorrência ou complicação, resultando em resultados danosos ao paciente, o médico não será responsabilizado, justamente por lhe faltar culpa.

Sérgio Duz (2002, p. 212) elenca três requisitos que são necessários para que a iatrogenia não caracterize um ato ilícito passível de responsabilização. O primeiro deles é a previsibilidade. Aceita-se como uma iatrogenia previsível se, levando-se em consideração o estágio de evolução da ciência, não há técnicas e procedimentos isentos de efeitos indesejáveis, e o resultado, embora não desejado, é conhecido e esperado, sendo mais benéfico ao paciente do que a não intervenção profissional.

O segundo requisito é a imprevisibilidade. A iatrogenia pode ser imprevisível quando: a) existirem novas técnicas, procedimentos e medicamentos, que, apesar de aprovados e admitidos, podem apresentar resultados desconhecidos, que não eram esperados; b) quando a ocorrência da iatrogenia estiver relacionada com as condições pessoais do paciente, que não poderiam ser antecipadas. O terceiro e último requisito é a inevitabilidade. A iatrogenia é inevitável quando seus efeitos não podem ser impedidos, ainda que o profissional não tenha agido com culpa (DUZ, 2002, p. 212).

Destaca-se que a perícia é imprescindível para a distinção entre erro e iatrogenia. Os peritos devem ter um entendimento exato desta diferenciação, observando os requisitos elencados, para que a iatrogenia não acarrete a responsabilidade profissional. À perícia cabe demonstrar a ocorrência ou não de iatrogenia no caso concreto (DUZ, 2002, p. 213). Contudo, ressalta-se que, conforme dispõe o art. 479 do Código de Processo Civil de 2015, o juiz não está adstrito aos laudos periciais para julgar uma causa.

### 3 CONFORMAÇÃO DO DIREITO À INFORMAÇÃO

Após a constitucionalização do direito civil, qualquer tipo de análise que se faça acerca de um instituto jurídico, como o da responsabilidade civil, deve ser à luz da Constituição Federal de 1988. Quanto à análise da responsabilidade civil médica por dano iatrogênico, aquela deve ser realizada à luz da Carta Magna.

O direito à informação está expressamente previsto no rol de direitos e garantias fundamentais, devendo, portanto, ser observado em todas as relações, sejam elas privadas ou públicas. Sob o enfoque da responsabilidade civil médica e da iatrogenia, o instrumento adequado à garantia do direito à informação é o consentimento informado. Trata-se de um documento relevante na prática médica, que protege não apenas a autonomia do paciente, como também a sua dignidade. Ademais, salvaguarda o profissional, que ao prestar todas as informações de modo claro, adequado e prévio à atuação, estará escusado de quaisquer responsabilidades pela ocorrência do dano iatrogênico.

#### 3.1 O DIREITO À INFORMAÇÃO

O direito à informação está positivado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Da forma como está positivado constitucionalmente, há três vertentes de informação, quais sejam: a) o direito de informar (art. 220, da CF/88); b) o direito de se informar (art. 5º, XIV, da CF/88); e c) o direito de ser informado (art. 5º, XXXIII, da CF/88) (LEITE, 2015, p. 25).

Percebe-se que o direito à informação está expressamente previsto no rol dos direitos fundamentais da Constituição Federal de 1988. Portanto, em sendo um direito fundamental, deve ser observado também nas relações de privadas, devido à eficácia horizontal dos direitos fundamentais (MAR-MELSTEIN, 2014). Os direitos fundamentais, além de serem



cláusulas pétreas (art. 60, §4º da CF/88), caracterizam-se por ser imprescritíveis, inalienáveis, irrenunciáveis, invioláveis, universais, efetivos, interdependentes e complementares. Tais direitos não podem ser restringidos ou subtraídos pelo constituinte derivado. Ademais, trata-se de um direito fundamental de quarta dimensão, pois é abstrato e geral; e é, ainda, um direito difuso, ou seja, transindividual, indeterminável e indivisível (GÓIS, 2006, p. 696 e 702).

Além desta previsão na Constituição Federal, o diploma consumerista também prevê o direito à informação como um direito básico do consumidor, no art. 6º, inciso III da Lei nº 8.078/90 (CAVALIERI, 2014, p. 392). Em sendo o paciente um consumidor, possui tal direito garantido não apenas pelo CDC, como também pela Carta Magna.

Destaca Maurilio Maia (2011, p. 89), que o direito à informação é um direito de índole constitucional, voltado a todos os seres humanos, sendo consumidor ou não. Caso o médico não seja enquadrado como fornecedor de serviços para aplicação do CDC, ainda assim há a garantia fundamental do direito à informação ao paciente pela via constitucional.

O profissional médico possui conhecimento científico e técnico, ao passo que o paciente é vulnerável, e, via de regra, busca os serviços médicos em uma situação de fragilidade física e emocional. No direito consumerista, a vulnerabilidade é presumida (art. 4º, do CDC). A consequência disto na medicina é que o dever de informar integra o próprio contrato como uma obrigação principal, e não como um dever anexo ou lateral. Mesmo nas relações médicas apartadas do direito do consumidor, há a desarmonização entre o conhecimento do médico e a fragilidade psicológica do paciente, estando o médico num patamar superior da relação, havendo a obrigação do profissional em nivelar a relação através da concessão de informação inteligível ao paciente. Isto porque o dever de informar tem origem constitucional, legal e ético-deontológico (MAIA, 2011, p. 96).

Para Edilsom Farias (2001, p. 154), “a figura subjetiva do *droit* ou *fait*, ou seja, o direito de ser informado, possui características de um direito fundamental à prestação, que se concretiza por meio de uma ação positiva dos sujeitos que têm o dever jurídico de prestar as informações”. Em sendo um direito prestacional, o direito à informação faz surgir uma obrigação de fazer para aqueles que têm o dever de prestar informações, como o médico.

Hodiernamente, informação representa poder. O poder informativo pode ser visto como poder econômico ou poder de escolha através de informações obtidas. Na relação médico-paciente, “o médico é o detentor de um poder técnico baseado na informação técnica, e o paciente possui o poder de escolher, com base na sua autonomia e liberdade, os passos que lhe aprouver”. Mas este poder de escolha somente poderá ser real se o paciente receber informação clara e adequada sobre seu estado de saúde e as possibilidades de tratamento. Percebe-se que a informação define a real liberdade de escolha do paciente (MAIA, 2011, p. 88).

Sempre que houver riscos, o paciente deve ser informado, para que consinta ou não. Para Marcela Oliboni (2016, p. 8), o paciente que vai se submeter a um ato cirúrgico, por mais simples que seja, sabe que corre riscos. E riscos inerentes ao ato. O que o médico tem que observar é o dever de informar a esse paciente que riscos são estes. Não os informando, responde pela eventual ocorrência dos mesmos. É um direito básico do consumidor. E um dever do médico. Para consentir com riscos, inclusive iatrogênicos, é preciso informação prévia.

Entretanto, o direito à informação não é absoluto, devendo o mesmo ser ponderado com o chamado privilégio terapêutico, previsto no art. 34 do Código de Ética Médica (CEM) de 2009. Tal dispositivo está no Capítulo V do CEM, que diz respeito à relação com pacientes e familiares. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente. Mas segundo o referido

artigo, o médico poderá mitigar a incidência do direito à informação, mediante uma avaliação de custo-benefício para o paciente no recebimento da informação, devendo repassá-la a um representante legal do enfermo, de forma a não causar prejuízo à integridade psicofísica do paciente (MAIA, 2011, p. 93).

### 3.2 DEVER DE INFORMAÇÃO EM TORNO DA RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA: O CONSENTIMENTO INFORMADO

Ligado ao direito à informação, está o direito ao consentimento. Daí surge o consentimento informado, termo aplicado pela primeira vez em 1957, por um juiz americano. O consentimento informado, ou consentimento livre e esclarecido é um elemento central na relação médico-paciente. Resulta de um processo de diálogo e colaboração, visando salvaguardar a vontade e os valores do paciente. O médico tem como deveres, de acordo com os artigos 22 e 24 do CEM/2009, a obtenção de consentimento do paciente ou seu representante legal, e a garantia de que o paciente exercite o seu direito de decidir livremente. Há, portanto, um dever de transparência, com ampla informação ao paciente e sua família (SÁ; NAVES, 2015, p. 110-111).

Na antiguidade, quando os atos médicos ficavam restritos a curandeiros e sacerdotes, o êxito ou falha do tratamento dependia exclusivamente dos desígnios divinos. Com o período pós-revolução industrial, aumentou a consciência popular com os direitos humanos, e o médico foi obrigado a ver o ser humano como um sujeito de direitos, buscando um primor técnico contínuo, mas atuando ainda de forma bastante paternalista, pois seria o médico o único capaz de salvar vidas e resguardar a saúde. Tal atitude paternalista dificultava a informação do médico ao paciente, colocando, como consequência, a autonomia do paciente em risco (MAIA, 2011, p. 24).

Contudo, aumentava cada vez mais a consciência da

sociedade quanto aos direitos humanos, sobretudo o direito à liberdade de escolha e disposição sobre o próprio corpo. Havia, assim, um quadro social permissivo ao direito ao consentimento livre, informado e esclarecido. Inicialmente, o consentimento servia para a busca da cooperação do paciente no tratar médico. Mas atualmente o consentimento se configura uma pedra angular no respeito à dignidade humana e do direito à autodeterminação (MAIA, 2011, p. 25).

Segundo Lydia Nunes (2007, p. 95), o tema consentimento informado interessa a várias ciências, como a medicina, a psicologia, o direito, dentre outras que estudam o ser humano; possuindo, portanto, um caráter multidisciplinar. Na ciência jurídica, o Código de Nuremberg (1947) foi o primeiro documento que considerou o consentimento informado como um dos direitos dos pacientes. Tal diploma normativo foi “o germe do direito médico hodierno: o direito à autodeterminação do paciente”.

O fortalecimento do direito ao consentimento informado se deu após as atrocidades relacionadas com a experimentação em seres humanos ocorridas durante a Segunda Guerra Mundial, onde pessoas eram remetidas a uma condição análoga a de ratos de laboratório. O Tribunal de Nuremberg, embora se trate de um Tribunal *ad hoc*, os ideais apresentados quanto aos princípios de ética na experimentação humana inspiraram a elaboração de importantes documentos que tinham o mesmo anseio de proteção humana (MAIA, 2011, p. 25-26).

Mas foi com o surgimento da Bioética que houve mais estudos e a sedimentação do consentimento informado. A Bioética preocupa-se com discursos e práticas, “com novas tecnologias empregadas na conservação, alteração e fim da vida humana [...] com o objetivo de proteger a dignidade da pessoa humana, que será o centro dessas experimentações”. Deste modo, é necessário que a pessoa tenha garantido o direito de se envolver, participar e de manifestar o seu consentimento (NUNES, 2007, p. 98-99).

Quando se trata de consentimento informado, a autonomia privada é o seu princípio informador, imperando e sustentando toda a doutrina do consentimento informado, e deve estar presente na relação médico-paciente. O princípio da autonomia privada “fundamenta a manifestação de vontade livre da pessoa, sem defeitos ou vícios que possam macular o seu querer” (NUNES, 2007, p. 97 e 99).

O consentimento informado sintetiza o poder de autodeterminação do paciente. Maria Sá e Bruno Naves (2015, p. 108) sustentam que a autonomia privada, para produzir efeitos jurídicos, exige a observância de requisitos de validade, que excepcionam ou complementam os requisitos dos atos jurídicos previstos no art. 104 do Código Civil de 2002. O primeiro requisito é a informação. A decisão acerca do tratamento deve ser revestida da maior quantidade possível de informação. Não significa que o médico irá apenas passar a informação ao paciente. Deve haver uma comunicação com o paciente de forma acessível e abrangente.

O segundo requisito é o discernimento, que significa diferenciar, distinguir, fazer apreciação. O paciente deve ser capaz de compreender a situação na qual se encontra. No Direito, a capacidade de fato de exercício leva a uma presunção de discernimento; mas o médico deverá avaliar se o nível de consciência do paciente permite a tomada de decisões por ele. O terceiro e último requisito é a ausência de condicionadores externos diretos à manifestação externa de vontade. A vontade deve ser livre, sem vícios sociais ou do consentimento (SÁ; NAVES, 2015, p. 108-109).

Assim como nos Estados modernos, a nossa Constituição Federal de 1988, em seu art. 1º, inciso III, previu a dignidade da pessoa humana como seu princípio basilar, impondo o respeito à autodeterminação do indivíduo, que age conforme seu projeto pessoal de vida, informado por questões religiosas, sociais e filosóficas. A Bioética preza pela autonomia da pessoa humana,

estabelecendo parâmetros relacionais entre médico e paciente. Há o reconhecimento do importante papel social da medicina, mas exige-se que o profissional atue com condutas positivas de informação, para que o paciente tenha condições de consentir com o tratamento mais adequado ao seu projeto pessoal de vida. A autonomia está intimamente ligada à dignidade da pessoa humana, ao projeto de vida e convicções morais, filosóficas, religiosas e sociais de cada indivíduo (MATOS, 2007, p. 196).

Conforme o relatório *Belmont Report*, pessoa autônoma é “o indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir conforme as suas próprias decisões”. Não somente a saúde física deve ser preservada, mas principalmente a saúde mental, não sendo possível que um pseudobenefício justifique a ofensa às convicções do paciente. Por isso que o princípio da autonomia determina a obrigatoriedade de o médico estabelecer uma prévia comunicação com o paciente, informando-lhe de forma clara e adequada, todas as implicações acerca da doença, dos tratamentos possíveis e dos riscos, para que assim possa conseguir o consentimento do paciente que esteja condizente com o seu projeto de vida, preservando suas convicções e dignidade (MATOS, 2007, p. 197).

Porém, há momentos no curso da vida em que uma pessoa pode não ter condições de manifestar o seu consentimento, pois sua autonomia está reduzida, ou está vulnerável. A vulnerabilidade e a redução da autonomia são fenômenos distintos, que podem estar associados ou não, pois a perda da autonomia pode ser reversível, e indivíduos vulneráveis poderão ser autônomos (ALMEIDA, 2010, p. 539).

A palavra autonomia deriva do grego *autos*, que significa “próprio”; e *nomos*, que significa “regra”, “governo” ou “lei”. Fora empregada primeiramente com referência à autogestão ou autogoverno das cidades-estados independentes gregas. Mas, posteriormente, o termo autonomia estendeu-se aos indivíduos, abarcando sentidos diversos, como a escolha individual e a

liberdade de vontade. Não se trata, assim, de um conceito unívoco, devendo, portanto, ser analisado à luz de objetivos específicos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 138).

O indivíduo autônomo “age livremente de acordo com um plano escolhido por ele mesmo”. Há duas condições essenciais para a autonomia, a saber: a liberdade, que significa a liberdade de influências controladoras; e a qualidade do agente, que significa a capacidade de agir intencionalmente. Uma pessoa autônoma tem capacidade de autogoverno, que pode ser evidenciada na compreensão, no raciocínio, na deliberação e na escolha independente. Haverá a escolha autônoma quando houver o ato de governar efetivamente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 138).

A autonomia se materializa no consentimento após a informação, e esta permissão só pode ser dada por cada sujeito, individualmente. Ninguém pode consentir por outro que tenha autonomia plena. Caso isto ocorra, “a decisão é nula e eticamente incorreta”. Contudo, é importante salientar que nos casos de autonomia reduzida, a decisão do tutor ou responsável legal deve ser respeitada, mesmo quando possa parecer estar errada (GUIMARÃES; NOVAES, 1999).

Porém, é possível que uma pessoa autônoma e com capacidade de autogoverno tenha restrições temporárias, impostas por uma doença física ou mental (como a depressão), pela ignorância, pela coerção, ou por condições que restrinjam suas opções. Caso esta pessoa assina um formulário de consentimento sem lê-lo ou compreendê-lo, embora esteja habilitada a agir autonomamente para dar um consentimento informado, na realidade ela não fez isso (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 138).

A autonomia de muitos sujeitos não é tão ampla, seja por causas temporárias ou definitivas, de ordem biológica. Os códigos de ética e pesquisa consideram os menores de idade e os deficientes mentais, mas não apenas eles, como tendo autonomia

reduzida. Isso significa que estes estão impossibilitados de consentir, mesmo após serem informados. Contudo, ressalva-se que é necessário, ainda assim, explicar a estas pessoas as circunstâncias às quais se encontram, e obter sua concordância (GUIMARÃES; NOVAES, 1999).

Quanto à vulnerabilidade, de acordo com Maria Guimarães e Sylvia Novaes (1999), esta “pressupõe o estabelecimento de relações desiguais entre indivíduos ou entre um grupo minoritário e outro nacional envolvente, que além de diferentes são desiguais, por razões sociais, culturais, políticas, educacionais, econômicas, de saúde ou étnicas”.

Esses sujeitos preenchem os requisitos para serem autônomos, pois são maiores de idade, e não possuem deficiência mental que os impeça de decidir. Entretanto, são incapazes de decidir livremente, pois condições sociais, culturais, políticas, educacionais, econômicas, de saúde ou étnicas dificultam a manifestação de sua decisão (GUIMARÃES; NOVAES, 1999). O ser vulnerável é aquele que “possui cidadania frágil, não conseguindo exercer seu direito à integridade física e psicológica como condição de acesso à plenitude existencial em sociedade” (ALMEIDA, 2010, p. 539).

A palavra vulnerabilidade é derivada do latim *vulnus* (*eris*), que significa “ferida”. Deste modo, vulnerabilidade pode ser definida como suscetibilidade de ser ferido. Historicamente, podem ser observados grupos de pessoas que se encaixam como vulneráveis, a exemplos dos judeus; pessoas institucionalizadas, como prisioneiros e órfãos; mulheres, dentre outros. Ao qualificar pessoas e populações como vulneráveis, impõe-se a obrigatoriedade ética de sua defesa e proteção, para que não sejam “feridas” (NEVES, 2006, p. 158-159).

A definição de vulnerabilidade pode ser encontrada na Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, na seção II.28, definida como:

Estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida



ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido.

A exacerbação da vulnerabilidade leva à redução ou perda da liberdade individual, impedindo a escolha livre. Nestes casos, é necessário explicar, numa linguagem acessível, e de forma extensa e cuidadosa, o que se pretende fazer, a fim de incentivar uma decisão livre do sujeito. Tal conduta difere do paternalismo, pois aqui o sujeito deve decidir por si só (GUIMARÃES; NOVAES, 1999).

Percebe-se que a bioética tem seu estudo centrado na autonomia. A autonomia privada se opõe ao paternalismo, que por sua vez estrutura a cultura médica. Certamente tal princípio encontra resistência dentro da comunidade médica, pois muitos profissionais agem como se a escolha da submissão ou não a certo tratamento lhes coubesse, e não ao paciente. Mas o surgimento ou não do dever de indenizar está relacionado ao cumprimento do dever de informar. Somente o paciente, no exercício de sua autonomia, poderá decidir se vai ou não assumir os riscos inerentes à terapêutica (NUNES, 2007, p. 99).

A vulnerabilidade deve ser combatida a partir da proteção dos vulneráveis. Isso só será possível através da ampliação e rigorosidade da exigência do consentimento informado. Este deve ser enunciado como uma regra de ação voltada ao cumprimento do princípio da autonomia, pois a pessoa autônoma tem capacidade de se autodeterminar, rejeitando qualquer protecionismo paternalista (NEVES, 2006, p. 160).

Destaca Lydia Nunes (2007, p. 99), que é “obrigação ética do médico obter o consentimento informado do seu paciente”. Na ética médica o principal objetivo da atuação do médico (a) é a busca pelo melhor interesse do paciente, que certamente será alcançado quando o profissional presta ao seu paciente todas as informações pertinentes em relação aos procedimentos que são necessários para a promoção e recuperação da saúde.

De acordo com Lydia Nunes (2007, p. 100), “o respeito

pela autonomia privada impõe ao médico, na relação com o paciente, tratá-lo como um fim em si mesmo, e não como um meio para alcançar outros fins, em especial quando o consentimento for necessário para a investigação e pesquisa”. Toda intervenção médica invade a esfera particular e íntima do paciente, desde uma simples anamnese, até um procedimento cirúrgico. Daí a importância do consentimento informado, em respeito aos direitos da personalidade, que estão em estreita vinculação com a dignidade humana.

Contudo, ressalta Lydia Nunes (2007, p. 101) que a liberdade de consentir ou não num consentimento informado não tem o mesmo sentido da liberdade de consentir ou não na conclusão de um contrato de cunho patrimonial. A relação entre o médico e o paciente é especial, pois é pautada na fidúcia, sendo que o que é mais importante é a saúde do paciente.

A liberdade para consentir em intervenções médicas está, à partida, condicionada - não quero dizer viciada - pelo estado de saúde do paciente. Esta encontra-se em relação ao médico numa situação de inferioridade, inferioridade essa estrutural, se não de dependência. Além disso, tem pouca ou nenhuma escolha, uma vez que quer recuperar a sua saúde. Falta-lhe poder negocial. Por isso, até poderá estar disposto para consentir. É neste contexto que ganha particular relevância a informação previamente prestada que cria uma relação de confiança pessoal [...]. O consentimento prestado em relação à pessoa de um determinado médico não aproveita, sem mais, a outro médico, precisamente em atenção à relação de confiança pessoal criada. O consentimento prestado é, sempre, livremente revogável. (HÖRSTER *apud* NUNES, 2007, p. 102)

A exteriorização da vontade do paciente só pode se dar após ter sido suficientemente esclarecido sobre o tratamento e procedimentos a que se submeterá. Além disso, o paciente deve ter capacidade para entender e querer, o que pressupõe capacidade jurídica, ou seja, ser maior e capaz, a fim de que o consentimento seja plenamente eficaz. Sendo incapaz, necessária se faz a representação ou assistência (NUNES, 2007, p. 103).

Segundo Lydia Nunes (2007, p. 104), “o médico e todas

as pessoas envolvidas, no tratamento a que será submetido o paciente, têm o dever de informar e esclarecer os procedimentos que serão adotados, as possibilidades de sucesso e os riscos a que está sujeito”. Percebe-se que se trata de uma informação a ser prestada por uma equipe multidisciplinar, de forma que o paciente possa obter a maior e melhor quantidade de informações possíveis.

A atuação médica em emergências, via de regra, não são precedidas de consentimento ou informação, pois são momentos que exigem decisões rápidas. Quando houver risco iminente à vida, o médico tomará a decisão pelo paciente, havendo, portanto, uma mitigação excepcional do dever de informar. Porém, passado o momento crítico, e restabelecida a autonomia do paciente, esse deve ser devidamente informado, para que possa consentir com o prosseguimento do tratamento (MATOS, 2007, p. 200 e 203). Trata-se de situação prevista, inclusive, no Código de Ética Médica (2009), em seu art. 22.

Todavia, por outro lado, deve-se respeitar o direito do paciente em não querer saber. O doente pode preferir não saber sobre o seu estado de saúde, nem sobre as terapêuticas a que está sendo submetido e suas consequências. Ainda assim, deve o paciente ser respeitado. Esta sua opção não deve ser interpretada como ausência de consentimento para qualquer tratamento (NUNES, 2007, p. 105).

O consentimento informado possui base constitucional no que diz respeito aos direitos à vida, à dignidade, à liberdade (autodeterminação), à igualdade e à saúde. Infraconstitucionalmente, o Código Civil de 2002 consagrou os direitos da personalidade, do artigo 11 ao 21, conferindo ampla tutela protetora à pessoa humana. Dessa forma, o consentimento informado é uma garantia de proteção aos direitos da personalidade do paciente, e é medida impositiva para salvaguardar todos estes direitos do paciente, mantendo a atuação do profissional dentro dos parâmetros legais (MAIA, 2011, p. 35-39).

O médico poderá ser responsabilizado pela falta de informação (STOCO, 2011, p. 623). O consentimento com a prévia e devida informação é fonte de legitimação do ato médico durante todas as fases de um tratamento ou experimentação, sendo determinante para a formação e continuidade do contrato de saúde. A presença, falta ou deficiência da informação gera consequências diretas para a validade do consentimento e da responsabilização médica (MAIA, 2011, p. 97). Ademais, somente quando devidamente informado, o indivíduo será capaz de buscar a efetividade do cumprimento dos direitos e garantias fundamentais constitucionalmente previstos (MATOS, 2007, p. 198).

O dever de informar significa que a relação médico-paciente deve ser aberta ao diálogo. Sem prejuízo de outros, podem ser destacados alguns elementos principais que devem ser informados, a saber: o diagnóstico; a gravidade da doença; os exames necessários; os tratamentos existentes e adequados ao caso, com indicação de quais são mais invasivos e dolorosos; os benefícios possivelmente alcançados; e os riscos dos procedimentos. A informação deve ser clara e com linguagem acessível. Quando a par destas informações, o paciente poderá confrontar as opções terapêuticas existentes com as suas convicções pessoais decorrentes do seu projeto de vida, e, ao fim, consentir ou não com o tratamento (MATOS, 2007, p. 199).

Entretanto, no Brasil, o consentimento informado tem-se convertido em mais um documento a ser assinado pelo paciente. Infelizmente, não há a preocupação em verificar se o paciente compreendeu os riscos e as opções de tratamento. Geralmente, o termo de consentimento informado é redigido em linguagem de difícil compreensão para o cidadão comum. Ademais, via de regra, o paciente está fragilizado e vulnerável, sendo-lhe apresentado um documento padronizado para assinatura. Neste momento, querendo ver agilizado o seu processo de internação, apenas assina, sem nada compreender, pois não houve um diálogo que conformasse sua consciência deliberativa (SÁ; NAVES,

2015, p. 37).

Documentos padronizados e genéricos não são aceitos pela doutrina e jurisprudência como juridicamente válidos para reconhecer o respeito à autonomia do paciente. O necessário consentimento informado “não poderá nunca se resumir em um documento preestabelecido ou elaborado pelo hospital com informações gerais e solicitação de autorização de tratamentos”. Em verdade, o consentimento informado não se resume a um mero documento a ser assinado pelo paciente. Isto porque é possível consentir de toda e qualquer forma válida e verificável, desde que tenha havido uma prévia e eficaz informação de todas as implicações médicas conhecidas (MATOS, 2007, p. 199-200).

Neste sentido, destaque-se importante trecho da ementa de um julgado do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, no qual se evidencia a necessidade do diálogo entre médico e paciente, e o fato de que o consentimento independe de uma forma previamente estabelecida, desde que haja a prévia informação (TJRS – 9ª Câmara Cível – AC 0205235-27.2018.8.21.7000 – Rel. Des. Eugênio Facchini Neto – Unânime – DJ. 26/09/2018):

APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. ALEGAÇÃO DE ERRO MÉDICO E ADOÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS INVASIVOS DESNECESSÁRIOS. CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO VERIFICADO. DANO MORAL CARACTERIZADO. [...] 3. Pacientes são sujeitos de direitos e não apenas objeto de atenção médica. Cabe a eles, no exercício de sua autonomia, participar das decisões que lhe digam respeito, dando a palavra definitiva sobre os limites das atuações médicas a eles concernentes. Portanto, atualmente tem-se que o médico somente afasta sua responsabilidade pelos efeitos danosos decorrentes de uma intervenção médica, mesmo na ausência de qualquer falha técnica sua, se tiver previamente esclarecido seu paciente sobre todas as circunstâncias envolvendo o procedimento, particularmente os riscos existentes, bem como as alternativas presentes, seus custos, os efeitos de cada uma,

além de outros elementos, de forma a obter o consentimento devidamente informado e esclarecido do paciente.4. *O consentimento é 'um processo (um diálogo), uma explicação passo a passo, não uma formalidade'. Portanto, não se esgota na coleta de uma assinatura do paciente em um formulário previamente redigido pelo médico. Como regra, o consentimento pode ser manifestado por qualquer forma, oral ou escrita. Igualmente a informação que o precede segue o regime da liberdade de forma. [...]* (grifo da autora)

Por óbvio, para o médico, é preferível que haja o consentimento por escrito, inclusive para fins probatórios. Mas se não for possível, é sugerido que o processo de obtenção do consentimento seja documentado formalmente mediante testemunhas, consoante recomendação da Declaração de Helsinque, em seu art. 22 (MATOS, 2007, p. 202).

Além disto, Cláudia Marques (2004, p. 11-48) invoca ainda a teoria da perda de uma chance, afirmando que a falha de informação adequada leva o paciente a perder a chance de tratar-se com outro médico, que teria prestado os esclarecimentos e respeitado sua liberdade de escolha.

Em síntese, para que o consentimento seja válido, é preciso: a) informação; b) não haver ingerências externas; c) capacidade jurídica; e d) discernimento. Quanto ao discernimento, ainda que ausente, ainda assim deve haver a participação destas pessoas na tomada de decisões, intervindo na medida do possível no procedimento de autorização (MATOS, 2007, p. 211-212).

Percebe-se que desde o surgimento da Bioética houve grandes avanços no que diz respeito à observância do princípio da autonomia. Tais avanços influenciaram a edição do atual Código de Ética Médica, que prevê a exigência do consentimento informado no atuar médico. Para Gilson Matos (2007, p. 203), o referido código se coaduna com os princípios informadores da bioética, demonstrando que a classe médica respeita os direitos humanos universalmente consagrados. Eventuais violações serão devidamente sancionadas, através de processos ético-disciplinares; e pela via judicial, através da responsabilidade civil ou

penal, ocasionalmente.

Atualmente, o grande desafio apontado pela pesquisadora Camila Vasconcelos (2017, p. 12 e 45), é colocar em prática toda a teoria da Bioética, com o objetivo de emancipar, empoderar e libertar o paciente. Tal teoria é baseada em princípios, a exemplos do consentimento, da autonomia, e do respeito pela vulnerabilidade humana. Neste sentido, a relação médico-paciente deve ser necessariamente uma “interação comunicativa”, sob pena de instalar-se uma crise devido ao diálogo escasso, ou pelo uso excessivo da tecnologia.

A referida autora conclui que a solução é o diálogo entre médicos e pacientes, pelo qual deve haver a transmissão do conhecimento e da informação, que conseqüentemente leva à redução de conflitos. Além disso, o uso da mediação é a medida mais adequada para resolução de eventuais conflitos cujos sujeitos já possuem um vínculo relacional prévio, de modo a inverter a lógica de uma judicialização exacerbada. Para isso, Camila Vasconcelos (2017, p. 138), propôs a criação de “câmaras de mediação de conflitos na assistência em saúde” para conflitos já instaurados, de modo que a resolução destes se dará pelos próprios sujeitos da relação.

#### 4 CONCLUSÃO

A responsabilidade civil é um instituto que está sempre em constante conformação com a evolução da sociedade. Quanto à medicina não é diferente. Em tempos imemoriais, quando a medicina era exercida por sacerdotes e curandeiros, e a doença e a cura eram vistas como desígnios divinos, não se vislumbrava a possibilidade de haver responsabilização daquele que agia *longa manus* de Deus.

Contudo, conforme a sociedade evoluía, surgiram as demandas judiciais contra aqueles que exerciam a medicina profissionalmente, embora tais demandas, muitas vezes, terem

carecido de resolução, pois os processos em regra não tinham seguimento e não eram publicizados. Historicamente, tal situação chegou ao limite devido às atrocidades cometidas durante a Segunda Guerra Mundial, o que fez surgir a Bioética e seus princípios informadores, sobretudo o princípio da autonomia, que impôs limites à atuação da medicina. Tais princípios foram incorporados na deontologia da profissão no Brasil, e juntamente com o ordenamento constitucional e civilista pátrio, dão as diretrizes do atuar médico, a fim de que haja o respeito aos direitos e deveres advindos da relação médico-paciente.

Isso não significa que a medicina perdeu a sua importância social enquanto profissão. Pelo contrário. A medicina exerce imprescindível função social, estando presente na vida de todos os indivíduos desde a concepção até a morte, e por isso deve ser valorizada. Entretanto, deve-se ter em mente que a medicina pautada na cultura hipocrática não mais encontra respaldo na moderna principiologia e no ordenamento jurídico hodierno.

O tema iatrogenia possui muitas divergências doutrinárias e jurisprudenciais, mas deve ser analisado à luz de nossa Lei Maior. A Constituição Federal de 1988 possui previsão expressa do direito à informação no seu rol de direitos e garantias fundamentais. É, portanto, uma cláusula pétrea, não podendo ser violado. Ademais, o Código Civil de 2002 positivou o princípio da boa-fé objetiva, do qual deriva o dever anexo de informação, que deve ser observado em todas as relações jurídicas.

O dano iatrogênico é aquele conhecido na literatura médica, e, portanto, previsível, havendo alta probabilidade de sua ocorrência quando da intervenção médica. Embora muitas vezes a lesão iatrogênica seja algo inerente à atividade do profissional médico, este deve cumprir com os deveres da sua profissão, previstos no Código de Ética Médica, dentre os quais: o dever de informar. O paciente está, via de regra, em condição de hipossuficiência. Deve haver entre o binômio médico-paciente uma relação de confiança, com mútuo respeito, em que ambos sejam



probos em informar o necessário. O médico, sendo conhecedor dos procedimentos e seus riscos, tem o dever de informar ao paciente, para que não haja surpresa do mesmo, sob pena de o dano ocorrido ensejar reparação civil.

Cada indivíduo possui um projeto de vida, formado com base em suas crenças e preceitos. Quando este indivíduo se torna paciente, possui o direito de ser munido de todas as informações sobre seu estado de saúde, possibilidades terapêuticas e os riscos aos quais poderá se submeter, caso queira anuir. Tal anuência se dá pelo consentimento informado, que deve ser amplamente difundido na relação médico-paciente para resguardar a autonomia e dignidade do paciente, e para dar respaldo ao exercício da medicina, protegendo o profissional de eventuais pleitos indenizatórios infundados e abusivos.

Certamente o dano iatrogênico puro e simples não ensejará o dever de indenizar. Caso ensejasse, seria um óbice ao exercício da medicina. A priori, não há nestes casos a responsabilidade civil médica. Somente na situação de erro médico, ou seja, nos casos de imprudência, imperícia e negligência, que nasce o dever de reparação, pois configura-se uma conduta ilícita do profissional.

Entretanto, quando da ocorrência de um dano iatrogênico, deve-se analisar se houve ou não o consentimento informado acerca dos riscos. O paciente deve estar prévia e adequadamente informado para consentir. E o médico possui o dever de informar, que também lhe é benéfico, pois uma vez informando o seu paciente adequadamente, e realizando a coleta do consentimento informado, estará isento de quaisquer responsabilidades pelo dano iatrogênico.

Ademais, a relação médico-paciente é peculiar, devido à fidúcia; todavia é uma relação de consumo, regida pelo CDC. Os Tribunais brasileiros costumam reconhecer o dever de indenizar nas relações de consumo, quando ausente a devida informação. Já há, portanto, decisões em que a ausência de informação

conduz à indenização. Não é admissível que quando se trate de relação médico-paciente seja diferente. Até porque o paciente tem direito a se autodeterminar, de ser informado e decidir livremente sobre qual rumo tomar no cuidado com sua saúde.

Em contrapartida, não deve isso causar ao médico o medo de exercer sua profissão, devido à possibilidade de haver ações aventureiras, que são fomentadas por uma verdadeira indústria indenizatória. Não pode o instituto da responsabilidade civil servir como forma de enriquecimento sem causa. Por isso, cabe ao médico resguardar-se através do consentimento informado. Frisa-se ainda que, cabe ao estado-juiz a tutela daqueles que estão em situação de hipossuficiência, neste caso os pacientes; mas deve também analisar todos os pressupostos de admissibilidade de uma ação indenizatória, de modo que não torne a medicina uma profissão impossível de ser exercida hodiernamente.

Salienta-se que, na prática médica, um dos maiores desafios ao dever de informar é a vulnerabilidade. O indivíduo vulnerável possui sua capacidade de autodeterminar-se tão reduzida, que sua liberdade fica minorada ou eliminada, sendo impossível que este sujeito possa realizar uma escolha livre. Daí a importância de aplicação dos princípios bioéticos basilares na prática médica, de modo a proteger os vulneráveis através da ampla utilização do consentimento informado. Consentimento este que deve ser voluntário, e precedido de informação que seja suficiente para a compreensão do paciente acerca dos riscos de lesões iatrogênicas.

O ordenamento jurídico brasileiro impõe a todos uma conduta proba, pautada no corolário da boa-fé objetiva. Desta resulta o dever de informar, que juntamente com o direito constitucional à informação, impõe que o profissional médico atue de maneira proba, prestando todas as informações de forma clara e precisa, sob pena de ser responsabilizado civilmente.

Desta forma, o dano iatrogênico não deve ser utilizado

como uma excludente de responsabilidade médica para toda e qualquer circunstância. Violado o direito à informação (seja pela sua ausência ou por sua insuficiência), e ocorrido o dano iatrogênico, haverá o dever de indenizar.

Outrossim, do desenvolvimento do presente artigo científico, restou demonstrado que é necessário que os Tribunais Superiores enfrentem a temática do dano iatrogênico e firmem entendimento consolidado acerca da sua ocorrência frente à violação do direito à informação.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Leonor Duarte de. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. *Revista Bioética*. v. 18, n. 3, 2010, p. 537-548.
- BARROS JUNIOR, Edmilson de Almeida. *A responsabilidade civil do médico*. São Paulo: Atlas, 2007.
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)> Acesso em: 26/08/2018
- \_\_\_\_\_. Decreto n. 44.054 de 19 de julho de 1958. Aprova o regulamento do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina a que se refere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. *Conselho Federal de Medicina*. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&id=21716:decreto-440451958-aprova-o-regulamento-do-conselho-federal-e-conselhos-regionais-de-medicina-a-que-se-refere-a-lei-nd-3268-de-30-de-setembro-de-1957-modificado-no-art](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=21716:decreto-440451958-aprova-o-regulamento-do-conselho-federal-e-conselhos-regionais-de-medicina-a-que-se-refere-a-lei-nd-3268-de-30-de-setembro-de-1957-modificado-no-art)

- 24-pelo-decreto-68212009- Acesso em: 06/09/2018
- \_\_\_\_\_. *Lei nº 10.406*, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm)>. Acesso em: 20 de mar. 2018.
- \_\_\_\_\_. *Lei nº 8.078*, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8078.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm)> Acesso em: 20 de mar. 2018.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 1996. Dispõe sobre a ética em pesquisa. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/Web\\_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23\\_out\\_versao\\_final\\_196\\_ENCEP2012.pdf](http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf)> Acesso em: 26/08/2018
- \_\_\_\_\_. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_suporte\\_basico\\_vida.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf)>. Acesso em: 07/11/2018.
- CANINEU, Rafael *et al.* Iatrogenia em medicina intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 18, mar. 2006, n. 1, p. 95-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n1/a15v18n1> Acesso em: 08/10/2018
- CARVALHO, José Carlos Maldonado de. *Iatrogenia e erro médico sob o enfoque da responsabilidade civil*. 2. ed. rev. aum. e atual. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.
- CAVALIERI FILHO, Sérgio. *Programa de responsabilidade civil*. 11. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2014.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*: Resolução CFM nº 1.931 de 17 de setembro de 2009. Brasília: CFM, 2009.
- DIAS, Lucas Teixeira *et al.* Ruptura gástrica por reanimação

- cardiopulmonar: Relato de caso. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. v. 18, n. 2, abr./jun. 2006, p. 207-211. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2006000200017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000200017)>. Acesso em: 07/11/2018.
- DUZ, Sérgio. *A importância da perícia frente à iatrogenia e a responsabilidade civil no exercício da odontologia*. 2002. Tese. (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Piracicaba. Orientadora: Profa. Dra. Gláucia Maria Bovi Ambrosano.
- FARIAS, Edmilsom Pereira de. *Liberdade de expressão e comunicação: teoria e proteção constitucional*. 2001. Tese. (Doutorado em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis. Orientador: Prof. Silvio Dobrowolski.
- GÓIS, Veruska Sayonara de. *Direito constitucional à informação: reflexões sobre garantias possíveis*. *Revista Direito e Liberdade*. Mossoró: ESMARN, v. 3, n. 2, set. 2006, p. 689-704.
- GUIMARÃES, Maria Carolina; NOVAES, Sylvia. *Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade*. *Revista Bioética*. v. 7, n. 1, 1999. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/288/427](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/288/427)> Acesso em: 26/08/2018
- HALFELD, Taciana Márcia de Araújo. *Responsabilidade civil médica*. 2011. Monografia. (Curso de Graduação em Direito) - Universidade Presidente Antônio Carlos, Barbacena.
- LEITE, Renata Antunes de Figueiredo. *Direito à informação em saúde: revisão integrativa*. 2015. Tese. (Doutorado em

- Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto. Orientador: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Carla Aparecida Arena Ventura.
- MAIA, Maurilio Casas. *O direito à informação e as responsabilidades decorrentes da relação entre o médico e o paciente*. 2011. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa. Orientador: Prof. Dr. Fernando Antônio de Vasconcelos.
- MARMELSTEIN, George. *Curso de direitos fundamentais*. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2014.
- MARQUES, Claudia Lima. A responsabilidade dos médicos e do hospital por falha no dever de informar ao consumidor. *Revista dos Tribunais*. São Paulo: RT, v. 827, set. 2004, ano 93, p. 11-48.
- MATOS, Gilson Ely Chaves de. Aspectos jurídicos e bioéticos do consentimento informado na prática médica. *Revista Bioética*. v. 15, n. 2, 2007, p. 196-213. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/41/44](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/41/44)> Acesso em: 23 out. 2018.
- MEIRELLES, Ana Thereza; BARBOSA, Amanda Souza. Dano iatrogênico e erro médico: o delineamento dos parâmetros para aferição da responsabilidade. *Revista Thesis Juris*. São Paulo: RTJ, v. 6, n. 1, jan./abr. 2017, p. 186-209.
- MENEZES, Tula Rodrigues Ferreira de. *Erro médico e iatrogenia: causa de exclusão da responsabilidade médica?* 2010. Artigo científico (Pós-graduação) – Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro – EMERJ, Rio de Janeiro. Orientadores: Mônica Areal e Nelson Tavares. Disponível em: [http://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos\\_conclusao/2semestre2010/trabalhos\\_22010/tulamenezes.pdf](http://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos_conclusao/2semestre2010/trabalhos_22010/tulamenezes.pdf) Acesso em: 13 out. 2018.
- NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*. v. 2, n. 2, 2006, p. 157-172. Disponível em:

- <<http://periodicos.unb.br/ojs311/index.php/rbb/article/view/7966/6538>> Acesso em: 24 out. 2018.
- NUNES, Lydia Neves Bastos Telles. O consentimento informado na relação médico-paciente: respeitando a dignidade da pessoa humana. *Revista Trimestral de Direito Civil*. Rio de Janeiro: Padma, v. 29, jan./mar. 2007, p. 95-110.
- OLIBONI, Marcella L. de C. Pessanha. *Responsabilidade civil do médico no CDC e iatrogenia. Deveres de informação. Consentimento informado*. Disponível em: <<https://fabioschwartzdotcom.files.wordpress.com/2013/05/responsabilidade-civil-do-mc3a9dico-no-cdc-e-iatrogenia.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2016.
- REY, Luis. *Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde*. 2. ed. São Paulo: MedFarma, 2003.
- RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Apelação Cível nº 0205235-27.2018.8.21.7000. Nona Câmara Cível. Relator: Eugênio Fachini Neto. Julgado em 26 set. 2018. Disponível em: <https://www.tjrs.jus.br/busca/?tb=proc> Acesso em: 26 out. 2018.
- SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. *Manual de Biodireito*. 3. ed. rev. atual. e ampl. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.
- SILVA, Ricardo Henrique Alves da. *et al.* Iatrogenia: modalidade culposa ou excludente de ilicitude. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo*. São Paulo, v. 103, jan./dez. 2008, p. 675-683. Disponível em: [www.revistas.usp.br/rfdusp/article/download/67824/70432](http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/download/67824/70432) Acesso em: 10 out. 2018
- SOUZA, Neri Tadeu Camara. *Responsabilidade civil no erro médico*. Disponível em: <https://docplayer.com.br/9484269-Responsabilidade-civil-no-erro-medico.html> Acesso em: 03 set. 2018

STOCO, Rui. *Tratado de responsabilidade civil: doutrina e jurisprudência*. 8. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

VASCONCELOS, Camila. *Judicialização da medicina no Brasil: uma análise crítico-propositiva de um problema persistente sob a ótica da bioética de intervenção*. 2017. Tese. (Doutorado em Direito) – Faculdade de ciências da saúde, Universidade de Brasília – UNB, Brasília. Orientador: Prof. Dr. Volnei Garrafa.