



MEDICINA DE EMERGÊNCIA: ACESSO À JUSTIÇA, ERRO MÉDICO E RESPONSABILIDADE CIVIL À LUZ DOS DIREITOS DA PERSONALIDADE

EMERGENCY MEDICINE: ACCESS TO JUSTICE, MEDICAL ERROR AND CIVIL RESPONSIBILITY IN LIGHT OF PERSONALITY RIGHTS

Pedro Ricardo Souza Compasso

Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba/PR, Brasil

<https://orcid.org/0000-0001-7215-9852> | <http://lattes.cnpq.br/5956245244100030>

RESUMO: Este artigo científico aborda a relação entre a medicina de emergência, o acesso à justiça, erros médicos e a responsabilidade civil sob a perspectiva dos direitos da personalidade. Em situações de emergência, profissionais de diversas áreas, incluindo médicos, podem estar mais suscetíveis a cometer erros devido à pressão do tempo e da situação. No entanto, no caso dos médicos, esses erros podem resultar em danos graves, inclusive a morte do paciente, o que é agravado pela falta de leitos e profissionais devidamente treinados. Uma das principais questões levantadas é se o dever de indenizar decorre de culpa objetiva ou subjetiva no caso de erro médico. Além disso, questiona-se se o valor da indenização pode ser minimizado devido às características e pressões normais do ambiente de urgência médica. O artigo também explora o impacto do erro médico sobre a imagem e a honra, que são direitos da personalidade, tanto do médico quanto do paciente. Para abordar essas questões, sob o crivo do método hipotético-dedutivo, o artigo analisa os fundamentos legais, doutrinários e jurídicos-decisórios que envolvem a responsabilidade civil em casos de erro médico, destacando possíveis soluções para conciliar a proteção dos direitos da personalidade com a necessidade de garantir acesso à justiça e responsabilização adequada em casos de negligência médica na medicina de emergência.

Palavras-chave: Medicina de Emergência; Responsabilidade Civil; Erro Médico; Direitos da Personalidade; Acesso à Justiça.

ABSTRACT: This scientific article addresses the relationship between emergency medicine, access to justice, medical errors and civil liability from the perspective of personality rights. In emergency situations, professionals from different areas, including doctors, may be more susceptible to making mistakes due to the pressure of time and the situation. However, in the case of doctors, these errors can result in serious harm, including the death of the patient, which is worsened by the lack of beds and properly trained professionals. One of the main questions raised is whether the duty to compensate arises from objective or subjective fault in the case of medical error. Furthermore, it is questioned whether the amount of compensation can be minimized due to the normal characteristics and pressures of the emergency medical environment. The article also explores the impact of medical error on image and honor, which are personality rights, both for doctors and patients. To address these issues, under the sieve of the hypothetical-deductive method, the article analyzes the legal, doctrinal and legal-decision-making foundations that involve civil liability in cases of medical error, highlighting possible solutions to reconcile the protection of personality rights with the need to ensure access to justice and adequate accountability in cases of medical negligence in emergency medicine.

Keywords: Emergency Medicine; Civil responsibility; Medical error; Personality Rights; Access to justice.

1 INTRODUÇÃO

Um profissional, premido pela urgência, está mais suscetível de erro; seja advogado, tecnólogo, médico ou qualquer outro; porém, no caso do médico, os danos do erro podem se exasperar, tomando grandes proporções, até mesmo atingindo o ápice, com a morte do



paciente. Esse quadro também pode ser agravado por falta de leitos e de profissionais treinados para a função.

Então, em havendo o erro médico, indaga-se se o dever de indenizar decorre de culpa objetiva ou subjetiva? Se pode ser minimizado o dever indenizatório em face das características e suscetibilidades normais da tensão no ambiente de urgência médica? Se houver reconhecimento do dever de indenizar, qual o valor médio indenizatório? Se a imagem e a honra, como direitos da personalidade, podem ser afetadas pelo erro médico em face do próprio médico e também dos direitos do paciente? Essas são algumas questões iniciais, para o presente ensaio, vejamos a seguir os fundamentos e propostas de possíveis soluções.

2 BREVIÁRIO SOBRE O ERRO MÉDICO

Legislações antigas já regulavam as relações médico-paciente e suas implicações jurídicas. Basta ver o Código de Hamurabi (2394 a.C.) nos seus arts. 218, 219 e 226 (fixação de pena de Talião – amputação da mão para médicos ou cirurgiões que causar no paciente alguma lesão ou morte). Mais antiga ainda, na Lex Aquilia (elaborada entre os anos 451 a 449 a.C.) foi prevista pena de morte ou deportação do médico que faltar aos seus deveres.

Em ambas, embora previsão legislativa de punição, há relatos da dificuldade de condenação, tendo em vista as peculiaridades do serviço médico. No antigo Egito era explícita a legislação de não punição dos médicos que, pela tradição e respeito, tinham status de sacerdócio. Há apenas um relato de condenação ocorrida na Grécia antiga, em caso de abandono de paciente. Plutarco narra que o médico preferiu assistir uma peça de teatro, a manter o socorro do paciente, que veio a óbito por negligência médica. Ulpiano já apontava que a morte é inevitável, não devendo ser responsabilizado o médico, salvo se por imperícia, isto é, a falta de habilidade ou de conhecimentos que seja a causa essencial do óbito (isto é, aquele que se passa de médico, mas não é formado em medicina).

Naquela época o pagamento ou a recompensa do médico era fazer o bem a saúde do paciente e salvar vidas, um trabalho digno de honra, exaltando o profissional em meio à comunidade atendida, por sua honorabilidade; daí a origem da palavra honorários que conhecemos hoje, sendo a soma pecuniária destinada ao médico ou outra profissão desse quilate.

No ano de 1829, com o advento das diretrizes traçadas pela Academia de Medicina de Paris, no sentido de conferir imunidade aos médicos, a responsabilidade jurídica da classe médica passou a se limitar à comprovada falta grave (isto é, inescusável ou acometida por erro grosseiro) no exercício profissional ou à imperícia (quem se diz médico, mas não é



habilitado como tal), negligência ou imprudência manifesta. Na vacuidade do conjunto probatório o servidor de medicina nunca será condenado.

É fato que os extremos nunca são boa situação para ninguém. Se, por um lado, uma condenação médica pode ser tranquila, sob o manto das provas; também pode haver casos em que o profissional médico fica a mercê das circunstâncias e, mesmo não sendo culpado, pode acabar sendo responsabilizado. Note um caso tranquilo de condenação: na França, no Centro Nacional de Transfusão Sanguínea, em 1985 houve a contaminação de mil e quinhentas pessoas por AIDS, por fraude e negligência na manipulação errônea do material no banco de sangue, redundando, no ano de 1992 na condenação (quatro anos de reclusão) do diretor e três funcionários do alto escalão da saúde pública da França. Por outro lado, em outro caso, uma lipoaspiração abdominal desastrosa, que já caminhava para uma condenação certa do médico, pois a defesa não tinha se apercebido do fato essencial da causa, só teve a absolvição do médico quando a mulher que tinha sido submetida ao procedimento confessou que ingeriu bebidas alcoólicas momentos antes da internação.

Em conclusão parcial, o sistema judiciário brasileiro tem firmado posicionamento de que a culpa aquiliana do médico só é possível de ser reconhecida na existência do nexos causal entre a produção do dano e a atuação do agente. No caso em que o paciente obra em causar o evento danoso, esse fato exclui a culpa do médico. Igualmente ocorre a ausência de culpa médica na ocorrência de força maior (fato imprevisto que ocasiona o evento danoso).

3 ERROS MÉDICOS FREQUENTES E O QUASE DESAPARECIMENTO DO MÉDICO DA FAMÍLIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Na régua temporal, nos primórdios o médico era tido como profissional acima de todos e da lei, não se permitindo dúvida sobre a prestação dos serviços ou decisão dentre o leque de opções existentes. Nem mesmo se admitida demanda jurídica quanto ao pretense erro médico, pois era inexistente no seu nascedouro. Havia uma certa onisciência em torno do médico, que era amigo da família e conselheiro (Aguiar Jr., RT 718/33), em suma, uma relação de total confiança entre médico e paciente (Reale, RT 503/33).

Mas hoje, os tempos são outros. Relações massificadas e globalizadas acabaram por fazer do ramo médico um empreendimento empresarial, marcando um distanciamento do médico e paciente, muitas vezes pouco importando a pessoa do médico, sendo o paciente atendido por aquele profissional que estiver disponível. Esse aspecto é tanto mais real no tema aqui tratado: emergência médica. Na sociedade de consumo quase desapareceu o



paciente e o médico, invariavelmente tratados como prestador de serviços e, de outro lado, o usuário. Esse fato foi o principal motivo do aumento de ações sobre erros médicos no Brasil, a partir da metade do século XX, com a medicina de produção que se limita ao diagnóstico e prescrição de remédios e tratamentos (Stoco, 1999). O exame superficial do usuário, cirurgias prematuras, omissão de tratamento médico, retardamento na indicação de um especialista, falta de perícia nas transfusões e anestésias, procedimentos e métodos antiquados, abandono e negligência pós-cirúrgica, falta de informação ao paciente, suicídio do paciente por responsabilidade médica, infecções provocadas por uso inadequado de instrumentos médicos, não funcionamento de equipamento de subsistência durante procedimentos médicos e o diagnóstico falso, estão entre as causas, conf. Miguel Kfoury Neto (RT 645/57).

Esse aumento de litígios tem sido visto também na África do Sul, Alemanha, Bélgica, Canadá, Inglaterra, Japão e Estados Unidos. Chega a se criar uma classe dos médicos juristas. Já na Espanha e na Suécia, dada a alta especialização dos médicos e conseqüente nível de respeito da população à classe médica, são raras as ações judiciais decorrentes de erro médico.

Em conclusão, a causa de demandas que enfrentam erros médicos, na atualidade, em grande parte, se deve à despersonalização da relação médico-paciente (i.é, prestador-usuário), com o quase desaparecimento do médico da família.

4 ERRO MÉDICO, EMERGÊNCIA E OS DIREITOS DA PERSONALIDADE

No exercício profissional, o erro médico é caracterizado por uma conduta atípica, irregular ou inadequada, conduta essa que admite três tipos: imperícia, quando o médico não é habilitado para realizar o procedimento que gerou o erro, correspondendo ao despreparo técnico e prático por falta de conhecimento; imprudência, quando o médico opta por uma conduta que gera riscos para o paciente, sem respaldo científico para determinado procedimento; e, por fim, negligência, quando o médico deixa de prestar os cuidados necessários ao paciente, ou ainda, a ausência de preocupação ou indiferença em relação ao procedimento realizado (Mendonça & Custódio, 2016).

No aspecto jurídico, o erro médico elegível é aquele que acarretar dano ou agravo à saúde de terceiro. Por outro lado, nem todo dano causado na relação médico-paciente se caracteriza como erro médico. Além disso, deve-se buscar o nexó de causalidade, ou seja, a relação de causa e efeito entre a ação ou omissão do agente, sopesando o dano verificado. Notável também é a anotação singela de que o paciente, em sendo vítima de erro médico,



pode acionar o profissional em quatro esferas distintas: civil, penal, administrativa e disciplinar (Correia Lima, 2012).

O atendimento ao paciente de emergência é inerentemente intrincado. As redes de urgência e emergência são fundamentais no atendimento e, conseqüentemente, apresentam uma relevância nos indicadores de morbimortalidade, quando vários pacientes de uma localidade são acometidos pela mesma doença e vem a óbito. Tais redes devem ser garantias de acolhimento de casos agudos ou crônicos agudizados, porém em função de deficiências no sistema de saúde, a acessibilidade de casos de urgência e de emergência, elas acabam se tornando porta de entrada para casos que requer maior atenção, que em um primeiro momento se mostra inescrutável (Resende et al., 2018).

Nesse contexto, o ambiente da medicina de emergência apresenta diversos desafios, como interrupções frequentes, tempo restrito de atendimento, gestão simultânea de vários casos de elevados graus de dificuldade no atendimento, falta de privacidade e troca constante de cuidados que podem aumentar o risco de erro clínico no cuidado do paciente (Humphrey et al., 2019, p. 659). Isso operando dentro de um sistema de redes de especialistas e especialidades, portanto a responsabilidade pelo paciente está distribuída através do sistema e que sua segurança é influenciada por outros fatores fora do ambiente de medicina de emergência (Murray & McCarthy, 2018).

Deste modo, em conclusão parcial deste tópico, verifica-se que nenhum médico que atua na área da emergência está imune a cometer erros, ainda que, nos mais graves, possam comprometer a segurança e resultar em danos ao paciente (Humphrey et al., 2019).

5 ERRO MÉDICO NA MEDICINA DE EMERGÊNCIA

Tendo em vista o arduo atendimento ao paciente em um ambiente de emergência, vários estudos se dedicaram a analisar as alegações de erros médicos no departamento de emergência.

Em estudo recente, quatro de cada cem mil visitas ao pronto-atendimento resultaram em alegações de negligência; sendo as queixas mais comuns as relacionadas a atrasos ou erros de diagnóstico, gestão inadequada do tratamento e erros de medicações (Nentwich & Olshaker, 2020). Outro estudo demonstrou que a incidência de erros chegou a 9,5%, sendo 50,5% deles em pacientes que retornaram ao pronto-atendimento em 72 horas (Klasco et al., 2015).



A seguir estão alguns dos pontos mais comuns de erros médicos, que podem comprometer a segurança do paciente, acarretando eventos adversos ou até mesmo danos indenizáveis.

2.1 ERROS DE MEDICAÇÃO

Erros de medicação são definidos como qualquer evento evitável que pode levar ao uso inadequado de medicamentos ou causar danos ao paciente, enquanto o medicamento está no controle do profissional de saúde ou paciente (Shitu et al., 2020). Na medicina de emergência tais erros ocorrem com frequência e apresentam riscos bem documentados. Dentre os problemas relacionados a essa área, estão eventos relacionados a erros de documentação, dosagem incorreta, contraindicações desconhecidas da medicação, ou ainda medicação/pacientes errados (Aaronson et al., 2019).

Shitu e colaboradores (2020) ao estudarem os erros de medicação mais frequentes em um hospital universitário, encontraram que o erro de hora errada foi o mais frequente, seguido pelo erro de medicamento não autorizado e pelo erro de omissão. O ambiente de pronto-atendimento exige que os pacientes sejam submetidos a vários procedimentos diagnósticos e terapêuticos, esses procedimentos podem levar mais tempo do que o esperado, interferindo no agendamento da medicação. O uso de medicamento não autorizado é, provavelmente, devido à confusão com marcas de medicamentos, confusões com pedidos verbais de medicação ou ainda por erro de leitura de prontuário médico. Por fim, a omissão ocorre devido a uma falta de documentação da medicação, o que leva alguns medicamentos programados a não ser administrados (Shitu et al., 2020).

Já Oliveira e colaboradores (2019), ao analisarem erros de dose de medicamentos endovenosos em um serviço de urgência, concluíram que houve maior frequência de erro por interrupção da infusão. Ocorreram erros também referentes à diluição dos medicamentos. Alguns dos princípios causadores de erros durante o preparo da medicação foram a superlotação do serviço e a falta de insumos. Outras pesquisas apontam que os erros durante o processo de medicalização incluem falta de conhecimentos dos medicamentos por parte dos profissionais, falta de controle e padronização de procedimentos no preparo, nomenclaturas, cores e embalagens semelhantes e ambiente mal organizado (Oliveira et al., 2019).

Tais erros são clinicamente significativos, uma vez que seguem sendo o erro mais comum da medicina. Alguns podem não resultar em nenhum dano aos pacientes, porém, outros podem ser devastadores (Morgan et al., 2018).



5.2 ERROS DE DIAGNÓSTICO

Erros de diagnóstico podem atrasar o tratamento ou gerar danos desnecessários ao tratar uma condição que não está realmente presente (Wright et al., 2019). Estima-se que os erros de diagnóstico ocorram em cerca de 20% dos pacientes, e são mais prováveis de ocorrerem em situações em que o médico está vendo o paciente pela primeira vez, como por exemplo, no departamento de emergência (Manji et al., 2021). Portanto o processo de diagnóstico correto é fundamental para a medicina de emergência.

Os processos diagnósticos nesse departamento envolvem procedimentos cognitivos complexos sob uma pressão de tempo, contudo há uma escassez de estudos nessa área (Mahajan et al., 2021).

Dois dos principais vieses relacionados a um diagnóstico errado, incluem fechamento prematuro da hipótese, ou seja, não considerar outras hipóteses alternativas após um diagnóstico inicial, e erros de “contexto”, por exemplo assumir que o paciente com uma dor abdominal tem uma doença gastrointestinal, sem considerar outras possíveis fontes da dor (Wright et al., 2019).

Outros fatores que podem resultar em erro diagnóstico incluem fatores do paciente (como dificuldade da descrição de sintomas, baixa alfabetização, gravidade das doenças e o próprio comportamento do paciente) e fatores relacionados ao sistema (tecnologias utilizadas, sistemas de informação em saúde, superlotação das unidades ou interrupções no atendimento) (Daniel et al., 2021).

5.3 ERROS DE COMUNICAÇÃO

Outro tema relacionado a erros e eventos adversos, foi a comunicação. A má comunicação médico-paciente pode levar a uma falha de registro de alergias ou histórico de saúde, levando a danos ao paciente que não seguem o curso do tratamento prescrito ou médicos não informando os pacientes sobre os riscos potenciais do tratamento a ser seguido (Lazris et al., 2021). A má comunicação com os seus pares também influencia negativamente na segurança do paciente, quando os médicos não se comunicam uns com os outros podem ocorrer erros devidos a informações incorretas ou ausentes (Lazris et al., 2021; Aaronson et al., 2019).

Turner e colaboradores (2021), ao estudarem a frequência de erros na rede de segurança (que inclui acesso venoso, O2 e monitorização) no departamento de emergência, mostraram que os médicos de emergência cometem erros frequentes com relação à



consciência dos sinais vitais dos seus pacientes, situação de saturação de O₂ e presença ou não de acesso vascular. Pacientes que passam por transferência de um médico para o outro representam um problema ainda maior, uma vez que as transferências não são padronizadas e se apresentam como uma fonte potencial de erro (Turner et al., 2021).

5.4 ERRO MÉDICO E BURNOUT

O processo de trabalho na rede de urgência e emergência é relacionado ao estresse físico e psíquico (Resende et al., 2018, p. 19). Além disso profissionais de saúde que trabalham nessa área demonstram descontentamento com relação a remuneração e o não reconhecimento da medicina de emergência como uma especialidade médica (Resende et al., 2018).

Patterson e colaboradores (2012), estudaram a associação entre má qualidade do sono, fadiga e os resultados de segurança no atendimento ao paciente em profissionais de saúde de serviços de emergência. Mais da metade dos entrevistados relatou má qualidade do sono ou fadiga severa durante o trabalho. As evidências encontradas sugerem que a má qualidade de sono e a fadiga podem prejudicar a segurança do paciente, e do próprio médico prestador do serviço (Patterson et al., 2012).

O Burnout médico afeta o atendimento e a segurança do paciente. Estima-se que 50% dos médicos com sinais e sintomas de depressão tiveram algum tipo de problema de atendimento, ao cometer erros que normalmente não cometeriam (Manji et al., 2021). A sobrecarga de trabalho é o principal motivo para o esgotamento mental dos médicos. Tal esgotamento pode estar relacionado a problemas cognitivos, ao danificar estruturas cerebrais (Manji et al., 2021). No Reino Unido, após a pandemia de COVI-19, vários médicos decidiram deixar a rede nacional de saúde. O principal motivo foi o esgotamento devido à alta carga de trabalho e a incapacidade de descansar durante a pandemia (Sheather & Slattery, 2021). Sendo assim, o Burnout caracteriza-se como um importante causa de erro médico.

5.5 OUTROS PROBLEMAS

Outros tipos de erros em ambientes de emergência são encontrados na literatura. Dunbar e colaboradores (2021), ao estudar a prevalência de erros relacionados a sangue errado em tubo (SET), encontraram que os ambientes de medicina de emergência são os locais com maior risco para a ocorrência de SET (Dunbar et al., 2021). Já Calder e colaboradores (2021), em um estudo com 4700 pacientes com condições cardiovasculares



que procuraram a emergência, observaram que erros de diagnóstico, erros de gerenciamento e condutas inseguras levaram a 170 eventos adversos (Calder et al., 2021).

Lindor e colaboradores (2018) identificaram 30 ações judiciais contra profissionais de saúde relacionadas a anafilaxia. A causa mais comum de processo foi a exposição a um gatilho antigênico conhecido, seguido por falha em reconhecer ou ainda atrasar o tratamento de anafilaxia, incluindo erros de uso inadequado de epinefrina (superdosagem ou subdosagem). A maioria dos casos, 77%, resultou em morte, problemas neurológicos permanentes ou disfunção cardíaca (Lindor et al., 2018).

6 ERRO MÉDICO INDENIZÁVEL

A questão do erro médico e sua interseção com o dever de indenizar, o dano moral com base na teoria da imprevisão, bem como o impacto do erro médico nos direitos da personalidade, são tópicos naturais no âmbito do Direito. Este estudo examinará a responsabilidade civil no contexto de erros médicos, abordando tanto aspectos subjetivos quanto objetivos da culpa, analisando os desafios jurídicos apresentados pelo dano moral e explorando o conflito entre os direitos da personalidade no contexto das práticas médicas.

6.1 ERRO MÉDICO: O DEVER DE INDENIZAR DECORRENTE DE CULPA OBJETIVA OU SUBJETIVA

O colendo Superior Tribunal de Justiça, após variar entre a culpa subjetiva e culpa objetiva da responsabilidade hospitalar (v.g. nosocômio), firmou-se no sentido de que, em se tratando de médicos contratados pelo paciente, tais médicos respondem por culpa subjetiva (isto é, uma vez comprovado, por ato comissivo ou omissivo, o defeito na prestação do serviço médico e o respectivo dano, em existindo o nexo de causalidade entre esses, surge o dever de indenizar) e os hospitais, por sua vez, por culpa objetiva, aquela que não depende de análise probatória da culpa, sendo a responsabilização decorrente do próprio fato, *in re ipsa* (REsp 1.145.728/MG).

A prestação dos serviços por médicos é, assim, uma exceção na prestação de serviços, firmando-se que não é aplicável o CDC e sim a regra geral de responsabilidade subjetiva, com base no Código Civil, devendo ser provada a culpa por negligência ou imprudência do médico sem vínculo de emprego ou subordinação com o hospital. Saliente-se que o médico, por ser profissional formado nas cátedras do curso de medicina e efetuar a



residência, não pode ser considerado imperito, pois é perito por excelência; mas que, como qualquer profissional, pode acometer em seu ofício eventual erro.

Veja-se o trecho resumo da ementa, em julgamento publicado em dezembro de 2021, que sintetiza a jurisprudência desde o REsp 1.145.728/MG, julgado em 2011, e outros julgados:¹

A jurisprudência desta Corte Superior, tocante à responsabilidade civil dos hospitais, está firmada no seguinte sentido: "(i) as obrigações assumidas diretamente pelo complexo hospitalar limitam-se ao fornecimento de recursos materiais e humanos auxiliares adequados à prestação dos serviços médicos e à supervisão do paciente, hipótese em que a responsabilidade objetiva da instituição (por ato próprio) exsurge somente em decorrência de defeito no serviço prestado (artigo 14, caput, do CDC); (ii) os atos técnicos praticados pelos médicos, sem vínculo de emprego ou subordinação com o hospital, são imputados ao profissional pessoalmente, eximindo-se a entidade hospitalar de qualquer responsabilidade (artigo 14, § 4º, do CDC); e (iii) quanto aos atos técnicos praticados de forma defeituosa pelos profissionais da saúde vinculados de alguma forma ao hospital, respondem solidariamente a instituição hospitalar e o profissional responsável, apurada a sua culpa profissional. Nesse caso, o hospital é responsabilizado indiretamente por ato de terceiro, cuja culpa deve ser comprovada pela vítima de modo a fazer emergir o dever de indenizar da instituição, de natureza absoluta (artigos 932 e 933 do Código Civil), sendo cabível ao juiz, demonstrada a hipossuficiência do paciente, determinar a inversão do ônus da prova (artigo 6º, inciso VIII, do CDC). (STJ - AgInt no AREsp 1794157/SP, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 29/11/2021, DJe 01/12/2021)

De fato, o hospital ou a clínica médica não pode ser responsável por erro imputado e comprovadamente exclusivo do médico, deve-se mesmo analisar se o serviço com defeito está entre o rol de atribuições da entidade hospitalar ou se seria inserido entre os afazeres próprios do médico (REsp 1.019.404).

Importante, nesse aspecto, destacar a culpa do médico daquela do hospital. Frise-se, a culpa do esculápio, médico, profissional liberal da saúde ou dos profissionais de saúde não se confunde com a responsabilidade civil do nosocômio, pois há distinção entre o dano médico (originado por ato do médico, especialmente em desdobramento da consulta, consequente diagnóstico errôneo e tratamento que não seria indicado, mas o foi) e o dano hospitalar (decorrente da atividade típica do hospital na promoção da saúde, incluindo o dever de supervisionar as necessidades do paciente e dar o devido acompanhamento, nos serviços

¹ No c. Superior Tribunal de Justiça: AgRg no Ag 721.956/PR, REsp 244.838/MG5 e do REsp 258.389/SP.



prestados no interior do recinto hospitalar, como exemplo infecções hospitalares ocorridos na hospedagem ou transporte do paciente).²

Portanto, não haveria como prevalecer a responsabilidade subjetiva hospitalar, pois ela é textualmente objetiva por lei (art. 14, *caput*, do CDC), em sendo o hospital um prestador de serviços por excelência. Nessa mesma linha, a responsabilidade subjetiva do médico é também decorrência do texto legal (art. 14, § 4.º, do CDC).³

6.2 DANO MORAL POR ERRO MÉDICO E A TEORIA DA IMPREVISÃO (CASO FORTUITO OU FORÇA MAIOR)

Superada a responsabilidade civil pela comprovação da ação ou omissão e a culpa (objetiva ou subjetiva), o evento danoso e o efetivo dano com sua relação de causalidade; exsurge o dever de indenizar os danos materiais, mas não só, também os danos morais que forem apurados (RT 704/98).

Os danos morais podem ser aquilatados do próprio fato em si (*in re ipsa*) ou também por comprovações probatórias que podem agravar o dano moral. O resultado e a consequência participam como elementos para apuração indenizatória por danos morais. O resultado lesivo e como se processa o seu efeito ou a consequência são, assim, elementos essenciais para a precificação do dano moral.

Todavia, é importante trazer para o debate a teoria da imprevisão (aplicado ao caso fortuito ou força maior), que tem informado excludente de ilicitude, não responsabilizando nem o médico e nem o hospital. Assim, o resultado da cura do paciente é frustrado por fatores externos, supervenientes, imprevisíveis e inevitáveis, ainda que a técnica terapêutica tenha sido aplicada dentro dos padrões da medicina, exurgindo a ausência de culpa do profissional médico (*ex vi*, Código Civil, art. 393).

Ocorre que, em contraponto, o colendo Superior Tribunal de Justiça tem se alinhado à perda de uma chance, conferindo indenização, não na totalidade, mas em valores parciais, como é comum na aplicação dessa teoria. Assim é a jurisprudência:

² STJ, REsp 951.251/PR, 10 1.ª S., rel. Min. Castro Meira, j. 22.04.2009, DJe 03.06.2009. Também vide com proveito o julgado no REsp 1.145.728. Vide também a doutrina: TEPEDINO, Gustavo. A responsabilidade médica na experiência brasileira contemporânea. Temas de direito civil. Rio de Janeiro: Renovar, 2006. t. II, p. 98.

³ O colendo STJ firmou o entendimento a partir dos acórdãos nas referências seguintes: AgRg no AREsp 292.607/MT, 3.ª T., rel. Min. Sidnei Beneti, j. 16.04.2013, DJe 02.05.2013; AgRg no AREsp 182.368/DF, 4.ª T., rel. Min. Marco Buzzi, j. 23.10.2012, DJe 12.11.2012; REsp 801.691/SP, 3.ª T., rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, j. 06.12.2011, DJe 15.12.2011; REsp 696.284/RJ, 3.ª T., rel. Min. Sidnei Beneti, j. 03.12.2009, DJe 18.12.2009.



No erro médico, o nexa causal que autoriza a responsabilidade pela aplicação da teoria da perda de uma chance decorre da relação entre a conduta do médico, omissiva ou comissiva, e o comprometimento real da possibilidade de um diagnóstico e tratamento da patologia do paciente. (STJ, AgInt no REsp n. 1.923.907/PR)⁴

Todavia, a inevitabilidade ou a impossibilidade de opor resistência no momento em que está acontecendo ou agravado o infortúnio, é critério objetivo que afasta a responsabilização do médico. Nesse sentir, as individualidades pessoais do médico não participam desse conceito, haja vista que estar-se-á diante de outro fator externo de ordem subjetiva: a falta de culpa. Devido à natureza inevitável do acontecimento que o caracteriza, o caso fortuito absolve o resultado, ainda que culposos, do pretense médico responsável. Nessa senda, o dano só pode ser o resultado de uma razão irresistível e estranha à vontade do médico, o que já informa que ele não tem culpa. O evento não era inevitável; logo não haverá que se falar em indenização.

Por exemplo, como caso fortuito e força maior, o médico indica a retirada cirúrgica do ovário do paciente e encontra, durante a cirurgia, esse órgão está preso ao intestino, o que pode causar ruptura e infecção. Neste caso, a recomendação de cirurgia não foi inútil; mas um outro fator impediu a realização da cirurgia por critério objetivo emergido supervenientemente. Portanto, o fator externo, superveniente, irresistível, imprevisto e imprevisível sobrepôs ao tratamento cirúrgico preconizado, rompendo a cadeia causal. Então, poderia o médico responder civilmente, em tais circunstâncias, por danos materiais e morais em face de haver um prejuízo físico e psíquico na cirurgia interrompida? Segundo o que pensamos, a resposta é negativa. Como resultado, o médico não pode decidir em continuar a cirurgia, se há fator de risco para a saúde e a vida do paciente.

Antônio Chaves cita a obra clássica de Irary Novah Moraes (Erro médico, São Paulo, Santos-Maltese, 1990) no estudo da iatrogenia, composta pelo radical *iatro* (que significa médico) e *genia* (que é igual a gerador), uma doença causada por intervenções médicas ou medicamentos; destacam-se três tipos de lesões: lesões que podem ser esperadas e previsíveis; lesões que podem ser previsíveis, mas inesperadas, devido ao perigo inerente a qualquer procedimento; e falhas resultantes do comportamento humano no trabalho, que podem resultar em uma responsabilidade legal.

⁴ ERRO MÉDICO. MORTE DA PACIENTE. À luz da teoria da perda de uma chance, o liame causal a ser demonstrado é aquele existente entre a conduta ilícita e a chance perdida, sendo desnecessário que esse nexa se estabeleça diretamente com o dano final. Precedente. Agravo interno conhecido e desprovido. (STJ - AgInt no REsp n. 1.923.907/PR, relator Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, Terceira Turma, julgado em 20/3/2023, DJe de 23/3/2023.)



A distinção entre acidente, caso fortuito, complicação e reação adversa é essencial para uma compreensão precisa dos eventos médicos. O acidente é uma ocorrência inesperada, embora não necessariamente imprevisível, que pode ocorrer tanto durante o diagnóstico quanto o tratamento. Por outro lado, a complicação refere-se ao surgimento de uma nova condição mórbida, independentemente de sua relação com a doença subjacente. Em uma perspectiva diferente, a reação adversa envolve um efeito que prejudica o paciente mais do que os benefícios esperados. As drogas, por exemplo, podem desencadear reações indesejadas, como efeitos colaterais, reações alérgicas, efeitos secundários e interações com outros medicamentos, muitas vezes desconhecidas ou não informadas ao médico, ilustrando a complexidade das situações médicas. Portanto, é importante não confundir esses conceitos para uma avaliação clara e precisa dos eventos de saúde. (Kallas Filho, 2013.)

É indubitável que os efeitos colaterais de um novo medicamento costumam ser identificados na bula, alertando os consumidores que esses sintomas podem ocorrer e podem até ser esperados. No entanto, nem sempre são conhecidos os efeitos posteriores que o paciente pode sofrer, como aqueles em idade fértil nas gerações seguintes.

Em conclusão parcial, estes casos em que não se tenha como saber as reações, não se pode falar em erro médico, máxime nos casos em que não há o que fazer para salvar o paciente, sendo que o modo experimental é ativado em situações de única ou última taboia de salvação. A medicação, nestes moldes, deve ser tida como adequada, sendo que eventual efeito letal superveniente ocorreria de qualquer jeito, não cabendo indenização alguma. Vale dizer, o nexos causal morte não fica evidenciado nestes casos com relação ao medicamento ministrado, o que tem relação mais como o estado terminal do paciente. Nestes moldes, a responsabilidade do médico não pode ser reconhecida.

Na obra de Rui Stoco (1999) resume-se as ideias de René Savatier (1939), explicando que a questão da presunção da culpa e sua consequente inversão do *onus probandi* não está ligada à divisão entre culpa aquiliana e culpa contratual. Em vez disso, o assunto está relacionado a como a doutrina e a jurisprudência interpretam as obrigações contratuais. Em resumo, a responsabilidade médica se concentra na relação entre culpa e dano para garantir o direito a indenização. No entanto, para oferecer mais apoio ao ofendido, é necessário saber se o dano foi causado por descumprimento de uma obrigação legal ou, ao contrário, pelo resultado. No primeiro caso, o ônus da prova será inverso e a vítima da lesão ficará em uma posição mais confortável. A opinião jurisprudencial, por outro lado, ainda é controversa.

6.3 IMPACTO DO ERRO MÉDICO NA IMAGEM E HONRA: DIREITOS DA PERSONALIDADE EM CONFLITO



O erro médico é uma questão enigmática que vai além das implicações puramente médicas. Além dos danos físicos, ele também pode afetar diretamente direitos da personalidade, em particular, a imagem e a honra. Esse impacto é sentido tanto pelo paciente quanto pelo próprio médico envolvido no caso (Bento, 2023.)

A par da vulnerabilidade das emoções e da sociabilidade na prática médica e nas redes sociais. (Wender et al, 2023), neste contexto, importa aqui, em tópico derradeiro desse ensaio, analisar como o erro médico afeta a imagem e a honra, considerando tanto os direitos do paciente quanto os do médico, bem como a relação delicada entre eles.

Quando é reputado o evento danoso a um erro médico, a imagem do médico pode ser seriamente prejudicada. A sociedade muitas vezes coloca os médicos em um pedestal, esperando deles um alto grau de competência e cuidado. Portanto, quando um erro é cometido, a reputação do profissional pode sofrer danos significativos. Isso pode incluir a perda de confiança dos pacientes, perda significativa da procura de seus serviços médico-hospitalares por novos pacientes, a exposição na mídia e ações disciplinares ou judiciais (Cordeiro, 2011).

Por outro lado, o paciente, na posição de vítima de erro médico, também enfrenta um impacto significativo em seus direitos da personalidade, seja em sua integridade física, psíquica ou intelectual, e inerentes à integridade moral (Silva et al, 2023.). Sua imagem e honra podem ser afetadas de várias maneiras.

Primeiro, a imagem de saúde do paciente é abalada, impactando o direito à vida plena, especialmente se o erro resulta em danos físicos graves ou incapacidade. Além disso, o paciente pode sofrer danos emocionais, estigma social e preconceito devido ao erro. A honra do paciente também é afetada, uma vez que ele se sente vulnerável e desrespeitado, prejudicando sua dignidade.

O conflito entre os direitos da personalidade do médico e do paciente em casos de erro médico é evidente. O médico enfrenta a ameaça de danos à sua imagem e honra, enquanto o paciente já sofreu danos físicos e emocionais consideráveis. Nesse contexto, é essencial equilibrar esses interesses. (Angelim, 2018).

O erro médico também não pode ser omitido, com ocultação das provas. Se o perito, ao acessar tentar acessar os prontuários, dentro do prazo legal de armazenamento,⁵ não consegue acesso por violação do prazo mínimo de guarda, com incineração precoce, o

⁵ Vide determinação do art. 8º da Resolução nº. 1.821/2007 do Conselho Federal de Medicina (CFM): *estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.*



médico ou o hospital, a quem incumbir o ônus, deverá responder na medida de sua culpabilidade.⁶

O sistema jurídico deve buscar um equilíbrio entre os direitos da personalidade do médico e do paciente. Nesse sentido não fica descartada a busca de uma solução por meio de procedimento prévio de mediação ou conciliação ou negociação. A responsabilidade legal em casos de erro médico deve ser determinada de forma justa e proporcional, considerando os danos causados a ambas as partes. Para isso, é necessário um exame cuidadoso das circunstâncias específicas de cada caso, incluindo a gravidade do erro, as consequências para o paciente e o impacto na reputação do médico. Entender e discutir amplamente o problema, fará com que possa abrir espaço para que todos possam compreender, em certos casos, que não houve necessariamente erro médico, que os medicamentos fazem efeitos diversos em diferentes organismos, tanto no tempo de resposta, como nas fronteiras da cura ou do infortúnio da mortalidade.

O erro médico constitui uma problemática que não apenas compromete a segurança do paciente, mas também pode resultar em sanções legais para os profissionais de saúde envolvidos. A medicina de emergência, devido às suas características intrínsecas, se revela um cenário particularmente propenso a incidentes dessa natureza, dado o ambiente desafiador e estressante em que se desenrola. (Backx; Xavier, 2015).

A literatura especializada frequentemente identifica diversos pontos críticos de erro médico, destacando, sobretudo, equívocos relacionados a medicamentos, diagnósticos e comunicação (Farias, 2023; Araújo, 2023). Tais equívocos podem acarretar consequências potencialmente catastróficas para os pacientes, sendo que cada um deles possui particularidades distintas em seu processo subjacente. No entanto, um fator comum a todos esses contextos reside na exaustão física e mental enfrentada pelos médicos que atuam no ambiente de medicina de emergência. É notório que a ocorrência de síndromes de Burnout entre profissionais de saúde está associada a taxas mais elevadas de erros, representando, desse modo, uma ameaça direta à segurança do paciente.

Dessa maneira, é de suma importância direcionar uma atenção especial para os processos de atendimento nos quais a probabilidade de erro é mais acentuada, em busca de estratégias que possam reduzir tais taxas. Ademais, é crucial que haja um enfoque mais

⁶ Ação de indenização por erro médico. A autora alegou procedimento não informado durante seu parto, resultando em infertilidade. Laudo pericial não encontrou provas do procedimento alegado. Falha na apresentação do prontuário médico e violação das obrigações legais de manter registros adequados. Decisão inicial de improcedência revertida. Recurso provido. Indenização cabível. (TJSP - Apelação Cível 1039104-60.2016.8.26.0506; Relator (a): José Carlos Ferreira Alves; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro de Ribeirão Preto - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 27/10/2023; Data de Registro: 27/10/2023)



abrangente na saúde mental dos profissionais de saúde que atuam nessa área, uma vez que suas ações guardam correlação direta com a segurança do atendimento e a prevenção de erros médicos. Conseqüentemente, as medidas adotadas devem visar não somente a melhoria dos procedimentos clínicos, mas também o bem-estar psicológico dos profissionais, a fim de assegurar uma assistência médica de maior qualidade e segurança para os pacientes.

É assim que afirmamos que, em casos de erro médico, a imagem e a honra, como direitos da personalidade, podem ser afetadas tanto no médico quanto no paciente. O conflito de direitos da personalidade deve ser resolvido buscando um equilíbrio justo entre os interesses e os interessados. O sistema jurídico desempenha um papel crucial na busca por essa equidade, assegurando que a responsabilidade legal seja determinada de maneira apropriada, levando em consideração as circunstâncias específicas de cada caso. A proteção dos direitos da personalidade de todas as partes envolvidas é essencial para garantir justiça e equidade em situações tão delicadas como o erro médico.

7 CONCLUSÃO

Diante do cenário complexo que envolve a medicina de emergência e sua relação intrínseca com o acesso à justiça, o erro médico e a responsabilidade civil, sob a perspectiva dos direitos da personalidade, torna-se claro que a segurança do paciente e o bem-estar dos profissionais de saúde desempenham papéis interconectados. Aliás, os profissionais estão interconectados e dependentes uns dos outros, o bom desempenho de um interfere no resultado geral, que é significativo para o outro (característica da maioria das profissões nos tempos atuais, mas potencializada na medicina de emergência, demonstrando interdependência de todos e que todos os profissionais envolvidos devem conhecer a função particularizada de cada um no procedimento de cura do paciente). A interconexão é levada aos extremos pela característica crucial de se frontear entre a vida e a morte no ambiente de emergência, muitas vezes levando-se a tomar decisões em frações de segundos e também de escolher quem vai ter atendimento integral e outro paciente que terá atendimento parcial, dada a escassez de leitos de UTI ou de aparelhos específicos.

A urgência médica é um campo onde as vidas humanas frequentemente dependem da rapidez e competência das decisões tomadas pelos profissionais de saúde. No entanto, esse contexto também é propenso a situações de alta tensão ou nervosismo, em situações extremamente estressantes, onde as escolhas dos profissionais podem ter conseqüências imprevisíveis. Diante desse cenário, está a questão da responsabilidade legal em casos de



suposta negligência médica. Então, indaga-se como a lei deve lidar com tais casos, considerando as características e suscetibilidades normais da tensão no ambiente de urgência médica?

A tensão no ambiente de urgência médica é uma realidade incontestável. Os profissionais de saúde enfrentam situações em que decisões devem ser tomadas em frações de segundo, muitas vezes com informações limitadas e sob a pressão de salvar vidas. Essa tensão é inerente ao ambiente e, portanto, deve ser considerada uma característica normal desse cenário.

O dever de cuidado é um princípio fundamental no direito da responsabilidade civil. Os profissionais de saúde têm a obrigação de fornecer cuidados adequados e de acordo com os padrões aceitos pela comunidade médica. No entanto, a questão é até que ponto essa obrigação deve ser aplicada de forma estrita em situações de urgência médica.

A minimização do dever indenizatório em casos de urgência médica pode ser justificável. Quando as ações do profissional de saúde estão dentro do escopo das características e suscetibilidades normais da tensão no ambiente de urgência médica, a responsabilização estrita pode ser desproporcional. A jurisprudência em alguns países tem reconhecido essa realidade, permitindo a minimização do dever indenizatório em casos de urgência médica.

Uma abordagem eficaz para equilibrar a minimização do dever indenizatório é o investimento em educação continuada e treinamento para os profissionais de saúde. Isso pode ajudar a reduzir a incidência de erros médicos, mesmo em situações de alta tensão, e, ao mesmo tempo, proporcionar um ambiente mais seguro para os pacientes.

Assim, a minimização do dever indenizatório em face das características e suscetibilidades normais da tensão no ambiente de urgência médica é uma abordagem justificável e necessária. Os casos postos em julgamento em nossos tribunais devem considerar as circunstâncias únicas que os profissionais de saúde enfrentam nesses cenários, garantindo que a responsabilidade legal seja aplicada com justiça e equidade.

Isso porque o valor de indenização em casos de erro médico é determinado com base em fatores específicos de cada caso, como a gravidade do erro, os danos causados, o impacto na vida do paciente, despesas médicas, perda de capacidade de trabalho, entre outros; e a análise desses fatores pode levar a indenizações de valores variados.

Note-se que a promoção da educação continuada e treinamento é fundamental para a melhoria da qualidade do atendimento e a redução de erros médicos. Em última análise, essa abordagem visa proteger tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde em um



contexto de alta pressão, garantindo que a justiça prevaleça em casos de alegada negligência médica.

Nessa conjuntura, a análise dos casos de erro médico demonstra que as consequências podem ser devastadoras para o paciente, afetando diretamente sua imagem e honra, bem como sua saúde física e emocional. A gravidade do erro e suas implicações são inegáveis, e os tribunais brasileiros têm o dever de garantir a justa reparação quando a negligência ou a imprudência médica causam danos aos direitos da personalidade do paciente.

No entanto, também é essencial reconhecer que os profissionais de saúde que atuam em medicina de emergência enfrentam um ambiente desafiador e estressante, o que pode levá-los a situações de Burnout, aumentando o risco de erro médico. Assim, a proteção dos direitos da personalidade dos médicos também deve ser considerada, equilibrando os interesses em jogo.

Em última análise, a promoção da segurança do paciente e a prevenção de erros médicos não devem ser vistas como objetivos contraditórios, mas sim como componentes complementares de um sistema de saúde eficaz. A busca por equilíbrio na jurisprudência, aliada à implementação de estratégias para a melhoria dos procedimentos clínicos e ao cuidado com a saúde mental dos profissionais de saúde, é fundamental para assegurar uma assistência médica de qualidade e segura. Portanto, o acesso à justiça, o erro médico e a responsabilidade civil na medicina de emergência devem ser abordados com uma visão holística que prioriza tanto o paciente quanto o profissional de saúde, reconhecendo a importância dos direitos da personalidade em todo esse processo.

REFERÊNCIAS

Aaronson, E. L., Brown, D., Benzer, T., Natsui, S., & Mort, E. (2019). Incident Reporting in Emergency Medicine: A Thematic Analysis of Events. *Journal of Patient Safety*, 15(4), E60–E63. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000399>, acessado em 15 de novembro de 2022.

Angelim, J. M. (2018). Responsabilidade civil por erro médico: uma análise da vulnerabilidade do profissional da saúde. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Direito) - Faculdade Nacional de Direito, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Disponível em <https://pantheon.ufjr.br/handle/11422/5641>, acessado em 28 de outubro de 2023.

Araújo, Israel Queiroz Carvalho de. Responsabilidade jurídico-penal no erro médico: do risco inerente ao ato médico e a teoria da imputação objetiva. Dissertação de Mestrado. PPGD Universidade Santa Cecília. 2023. Disponível em https://unisanta.br/arquivos/mestrado/direito/dissertacoes/Dissertacao_ISRAELQUEIROZCA_RVALHODEARAUJO554.pdf, acessado em 10 de outubro de 2023.



Backx, Ana Paula Felipe; Xavier, Isamar Aparecida Costa (2015). O dano estético: responsabilidade médica na sociedade de consumo. direito em construção. Direito em Construção. Disponível em:

https://web.archive.org/web/20180507062355id_/http://www.revista.universo.edu.br/index.php?journal=1direitoconstrucao3&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=1767&path%5B%5D=1194, acessado em 30 de maio de 2023.

Bento, Isabela Soares. A Proteção à integridade psicofísica do paciente e a aplicabilidade do dano moral em casos de erro médico. PUC-GO. 2023.

Calder, L. A., Perry, J., Yan, J. W., De Gorter, R., Sivilotti, M. L. A., Eagles, D., Myslik, F., Borgundvaag, B., Émond, M., McRae, A. D., Taljaard, M., Thiruganasambandamoorthy, V., Cheng, W., Forster, A. J., & Stiell, I. G. (2021). Adverse Events Among Emergency Department Patients With Cardiovascular Conditions: A Multicenter Study. *Annals of Emergency Medicine*, 77(6), 561–574. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.12.012>

Cordeiro, Elza Bernardes. O erro médico e suas consequências jurídicas. biblioteca24horas, 2011.

Correia Lima, F. G. (2012). Erro médico e responsabilidade civil. Brasília: Conselho Federal de Medicina.

Daniel, M., Park, S., Seifert, C. M., Paul Chandanabhumma, P., Feters, M. D., Wilson, E., Singh, H., Pasupathy, K., & Mahajan, P. (2021). Understanding diagnostic processes in emergency departments: A mixed methods case study protocol. *BMJ Open*, 11(9). Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044194>, acessado em 02 de fevereiro de 2022.

Dunbar, N. M., Delaney, M., Murphy, M. F., Pagano, M. B., Saifee, N. H., Seheult, J., Yazer, M., & Kaufman, R. M. (2021). Emergency departments are higher-risk locations for wrong blood in tube errors. *Transfusion*, 61(9), 2601–2610. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/trf.16588>, acessado em 22 de junho de 2023.

Farias, Neide Maria de Oliveira. Erro estético e a responsabilidade civil do médico cirurgião-plástico. UFMA. 2023. Disponível em: <https://monografias.ufma.br/jspui/handle/123456789/7020>, acessado em 15 de maio de 2023.

Humphrey, K., Brichko, L., & Cobbett, J. (2019). Breaking down the silos of medical error. *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 31(4), 659–661. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13350>, acessado em 25 de setembro de 2023.

Kallas Filho, E. (2013). O fato da técnica: excludente da responsabilidade civil do médico. *Revista de Direito Sanitário*, 14(2), 137-151. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/63998>, acessado em: 25 de outubro de 2023.

Klasco, R. S., Wolfe, R. E., Wong, M., Edlow, J., Chiu, D., Anderson, P. D., & Grossman, S. A. (2015). Assessing the rates of error and adverse events in the ED. *American Journal of Emergency Medicine*, 33(12), 1786–1789. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2015.08.042>
Disponível em: , acessado em: de de 2023.

Lazris, A., Roth, A. R., Haskell, H., & James, J. (2021). Poor Physician-Patient Communication and Medical Error. *American Family Physician*, 103(12), 757–759.



Lindor, R. A., McMahon, E. M., Wood, J. P., Sadosty, A. T., Boie, E. T., & Campbell, R. L. (2018). Anaphylaxis-related malpractice lawsuits. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(4), 693–700. Disponível em: <https://doi.org/10.5811/westjem.2018.4.37453>, acessado em: 18 de junho de 2023.

Mahajan, P., Pai, C. W., Cosby, K. S., Mollen, C. J., Shaw, K. N., Chamberlain, J. M., El-Kareh, R., Ruddy, R. M., Alpern, E. R., Epstein, H. M., Giardina, T. D., Graber, M. L., Medford-Davis, L. N., Medlin, R. P., Upadhyay, D. K., Parker, S. J., & Singh, H. (2021). Identifying trigger concepts to screen emergency department visits for diagnostic errors. *Diagnosis*, 8(3), 340–346. Disponível em: <https://doi.org/10.1515/dx-2020-0122>, acessado em: 19 de janeiro de 2023.

Manji, R. A., Manji, J. S., & Arora, R. C. (2021). Are maladaptive brain changes the reason for burnout and medical error? *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 162(4), 1136–1140. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2020.06.146>, acessado em: 15 de dezembro de 2022.

Mendonça, V. S., & Custódio, E. M. (2016). Nuances e desafios do erro médico no Brasil: as vítimas e seus olhares. *Revista Bioética*, 24(1), 136–146. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241115>, acessado em: 10 de maio de 2022.

Morgan, S. R., Acquisto, N. M., Coralic, Z., Basalyga, V., Campbell, M., Kelly, J. J., Langkiet, K., Pearson, C., Soken, E., & Phelan, M. (2018). Clinical pharmacy services in the emergency department. *American Journal of Emergency Medicine*, 36(10), 1727–1732. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.01.056>, acessado em: 03 de abril de 2023.

Murray, M., & McCarthy, S. (2018). Review article: A systematic review of emergency department incident classification frameworks. *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 30(3), 293–308. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12864>, acessado em: 02 de janeiro de 2023.

Nentwich, L. M., & Olshaker, J. S. (2020). Mitigating Risk in Emergency Medicine. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 38(2), xv–xvii. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.emc.2020.03.001>, acessado em: 26 de setembro de 2023.

Oliveira, B. H. de S., Sousa, V. M. de, Fernandes, K. J. S. de S., Urtiga, V. L. S. C., Carvalho, L. J. A. R. de, Carvalho, R. E. F. L. de, Melo, G. A. A., & Pereira, F. G. F. (2019). Erros de dose de medicamento em unidade de urgência hospitalar TT - Errors in medication dosage in the urgency unit of a hospital. *Rev. Enferm. UFPE online*, 13, [1-7]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239792/32785%0Ahttps://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239792/32788>, acessado em: 05 de novembro de 2022.

Patterson, P. D., Weaver, M. D., Frank, R. C., Warner, C. W., Martin-Gill, C., Guyette, F. X., Fairbanks, R. J., Hubble, M. W., Songer, T. J., Callaway, C. W., Kelsey, S. F., & Hostler, D. (2012). Association between poor sleep, fatigue, and safety outcomes in emergency medical services providers. *Prehospital Emergency Care*, 16(1), 86–97. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/10903127.2011.616261>, acessado em: 10 de outubro de 2023.



Resende, M. A., Silva, G. A. da, & Teixeira, J. C. A. (2018). O sentido de trabalhar na rede de urgência e de emergência: representações sociais de gestores e trabalhadores de serviços de saúde. *Rev Med Minas Gerais*, 28(Supl 5), 17–22.

Savatie, René (Traité de la responsabilité civile en droit français, Paris, LGDJ, 1939, t. 1, p. 146.

Sheather, J., & Slattery, D. (2021). The great resignation—how do we support and retain staff already stretched to their limit? *Bmj*, October, n. 2533. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n2533>, acessado em: 08 de julho de 2023.

Shitu, Z., Aung, M. M. T., Tuan Kamauzaman, T. H., & Ab Rahman, A. F. (2020). Prevalence and characteristics of medication errors at an emergency department of a teaching hospital in Malaysia. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–7. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4921-4>, acessado em 03 de março de 2023.

Silva, G. C. dos Santos, Neves, F. J. T., & Gottems, C. J. (2023). O direito de imagem introduzido nos direitos da personalidade. *Revista Jurídica Cesumar-Mestrado*, 23(1), 87-99. Disponível em <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica/article/view/11662>, acessado em 28 de outubro de 2023.

Stoco, Rui. *Responsabilidade civil e sua interpretação jurisprudencial*, 4. ed., Ed. RT, 1999.

Turner, J. S., Courtney, R. D., Sarmiento, E., & Ellender, T. J. (2021). Frequency of safety net errors in the emergency department: Effect of patient handoffs. *American Journal of Emergency Medicine*, 42(xxxx), 188–191. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.02.023>, acessado em 07 de julho de 2023.

Wender, M. C. O., da Costa Damásio, L. C. V., Luz, L. S., & da Febrasgo, P. (2023). A vulnerabilidade social e emocional da prática médica e as redes sociais. *CORPO EDITORIAL*, 51(7), 419-21. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FeminaZn7ZdeZ2023.pdf#page=37>, acesso em 29/10/2023.

Wright, B., Faulkner, N., Bragge, P., & Graber, M. (2019). What interventions could reduce diagnostic error in emergency departments? A review of evidence, practice and consumer perspectives. *Diagnosis*, 6(4), 325–334. Disponível em: <https://doi.org/10.1515/dx-2018-0104>, acessado em: 29 de outubro de 2023.