



Poder Judiciário
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

APELAÇÃO CÍVEL Nº 5070944-03.2018.4.04.7100/RS

RELATOR: DESEMBARGADOR FEDERAL CARLOS EDUARDO THOMPSON FLORES LENZ

APELANTE: AURELIO RIBEIRO GONCALVES RODRIGUES (AUTOR)

APELANTE: DIEGO FELIPE RODRIGUES REIS (SUCESSOR) (AUTOR)

APELANTE: FABIO DEMETRIUS DA ROSA REIS (AUTOR)

APELANTE: GESSY DOS SANTOS RODRIGUES (AUTOR)

APELANTE: MILENA RODRIGUES REIS (SUCESSÃO) (AUTOR)

APELADO: HOSPITAL FÊMINA S/A (RÉU)

RELATÓRIO

Trata-se de apelação proposta por MILENA RODRIGUES REIS, absolutamente incapaz na data dos fatos e atualmente falecida, GESSY DOS SANTOS RODRIGUES, AURÉLIO RIBEIRO GONÇALVES RODRIGUES, e DIEGO FELIPE RODRIGUES, menor púbere, representado por seu pai, também autor, FÁBIO DEMÉTRIUS DA ROSA REIS, em face de sentença que julgou improcedentes os pedidos por eles formulados em ação de responsabilidade civil ajuizada contra o HOSPITAL FÊMINA.

Em suas razões, os apelantes alegam que duas falhas teriam ocorrido na prestação do serviço hospitalar: a) a autora Milena teria contraído infecção hospitalar após procedimento cirúrgico; e b) a demora de 20 minutos no atendimento sem reanimação durante uma parada cardio-respiratória que Milena teve na CTI do nosocômio, o que a deixou em estado vegetativo irreversível. Alegam que o juízo *a quo* teria afastado a inversão do ônus da prova ao negar a relação consumerista entre as partes. Sustentam que o Hospital Fêmeina foi alvo de intervenção federal devido a infecções generalizadas e que laudos médicos do próprio GHC comprovam a evolução de Milena para a sepse dentro do hospital. Ainda, citam notícias públicas do SIMERS e AMEHC que denunciariam o "caos higiênico e de pessoal" e surtos de superbactérias no GHC. Requerem a integral reforma da sentença para que seja reconhecida a procedência da ação, com a condenação do réu ao pagamento de pensão mensal vitalícia para Milena, bem como ao pagamento de indenização por danos materiais, morais e lucros cessantes (evento 161, APELAÇÃO01).

Foram apresentadas contrarrazões.

Remetidos os autos a este TRF4, manifestou-se o Ministério Público Federal pelo desprovimento do apelo (evento 4).

Sobreveio certidão de óbito noticiando o falecimento da autora, tendo se habilitado nos autos o único herdeiro, filho de Milena, Diego Rodrigues Reis, já maior de idade (evento 5).

É o relatório.

VOTO



Poder Judiciário
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

SENT1): A sentença de improcedência foi proferida nos seguintes termos (evento 155,

Prevê o artigo 37, § 6º, da Constituição Federal que as pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.

A relação jurídica das partes não é de natureza consumerista: o réu consiste de hospital público que atende gratuitamente pacientes beneficiários do Sistema Único de Saúde.

Em relação aos Hospitais públicos, nos pedidos de indenização por danos morais decorrentes de erro médico ou falha no atendimento hospitalar, aplica-se a teoria do risco administrativo, com o reconhecimento da responsabilidade objetiva (art. 37, § 6º da CF). Todavia, exige-se a presença dos três pressupostos da responsabilidade civil do Estado: a) uma ação ou omissão humana; b) um dano injusto ou antijurídico sofrido por terceiro; c) o nexo de causalidade entre a ação ou omissão e o dano experimentado por terceiro.

Quanto ao reconhecimento de erro médico, especificamente, deve-se lembrar que a obrigação do médico é caracterizada - em regra - como obrigação de meio e não de resultado, de acordo com pacífica jurisprudência. A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais, como o médico, mesmo nas relações de consumo, exige a verificação da culpa (art. 14, §§ 1º, incisos I a III, e 4º do Código de Defesa do Consumidor, de forma que é necessária a demonstração do dano, do defeito no serviço, e do nexo causal entre o tratamento médico - que deve ser inadequado em algum aspecto, prestado com negligência, imprudência ou imperícia - e o dano causado, para o acolhimento da pretensão de indenização. Reações orgânicas não geram o dever de indenizar, se não houver comprovação de que decorrem de fato caracterizado como erro médico.

Ante a ocorrência do dano, o ônus da prova do nexo causal e da imperícia/negligência/imprudência é de quem atribui o dever de indenizar da parte adversa.

Essencial ter presente também que controvérsias sobre falhas em tratamento médico têm complexidade científica, exigindo análise dos prontuários e das circunstâncias para estabelecer se as intercorrências decorreram de mau procedimento médico, resposta negativa do organismo ou complicação inerente ao tratamento, bem assim para aferir como o problema foi tratado, se de modo eficaz ou não. Assim, somente por prova técnica, de profissional médico, pode-se concluir pela existência ou não de erro no atendimento.

Tratando-se, no caso, de fato ocorrido há alguns anos, produziu-se a perícia indireta, baseada na análise de documentos médicos descritivos dos procedimentos realizados, juntados aos autos.

Dos fatos.

O laudo pericial produzido neste Juízo, após muita dificuldade para localização de perito médico que aceitasse o encargo, tanto da Justiça Estadual quanto nesta Justiça Federal, foi elaborado pelo Dr. Mateus Swarovsky Helfer, Infectologista, o qual merece ser transcrito na íntegra, uma vez que bem relata os fatos retratados nos documentos médicos, apresenta suas conclusões e responde os quesitos formulados pelas partes.

Transcrevo:



Poder Judiciário
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

1. SÍNTESE PROCESSUAL:

A parte autora reclama que a Sra. Milena Rodrigues Reis, em internação no hospital réu (Hospital Fêmeina de Porto Alegre - RS) devido a abscesso tubo ovariano, contraiu infecção hospitalar que resultou em parada cardiorrespiratória sem atendimento por 20 minutos (segundo interpretação da parte autora). Após esse evento, segundo dados do processo, a Sra. Milena ficou com sequelas neurológicas graves, em estado vegetativo, dependente dos familiares. A parte autora reclama reparação de danos.

2. SÍNTESE DA INTERNAÇÃO COM BASE NOS DOCUMENTOS ANEXADOS NO EVENTO

2: Todos os eventos descritos abaixo são baseados no que está descrito no prontuário médico.

A Sra. Milena, que na ocasião estava com 30 anos de idade, internou no Hospital Fêmeina no dia 01/04/2009 por quadro de dor em fossa ilíaca direita, sangramento vaginal fétido e picos febris há cerca de 1 semana. Foi diagnosticada com abscesso tubo-ovariano

A história médica progressiva relatada era de duas gestações (sendo uma de parto cesáreo), retirada de ovário esquerdo por "massa", quando foi realizada também apendicectomia, além de nefrectomia aos 10 anos de idade e retiradas de cistos ovarianos em 1997. Os exames da admissão constataram anemia importante (hemoglobina de 7,9 e hematócrito de 24%), leucocitose de 26 000 com 5% de bastões, nota-se também creatinina de 1,5. Ao exame físico não havia sinais de irritação peritoneal. Na manhã do dia 02/04/09 foi optado por realizar procedimento cirúrgico. Antes do procedimento foi realizada administração de cefazolina 2g intravenosa profilática. O procedimento realizado foi uma culdocentese, segundo a descrição do procedimento, foi drenado cerca de 100ml de secreção purulenta que foi enviada para exames de cultura. Além disso a paciente estava recebendo clindamicina e gentamicina por via intravenosa

Nos dias seguintes a paciente evoluiu com piora da creatinina sérica (1,8 mg/dL em 04/04/09) que motivou a troca da gentamicina por cefepime. Segundo evolução médica mantinha dor abdominal mas estava afebril, o caso foi discutido com a equipe de Cirurgia que orientou manter a observação. No dia 05/04/09 apresentou edema e dor no membro inferior direito e começou a receber enoxaparina como tratamento de trombose venosa profunda. No dia seguinte (06/04/09) verificou-se que a creatinina continuava a se elevar (4,3 mg/dL) - a paciente mantinha-se afebril mas apresentava taquicardia e defesa ao exame físico do abdome, sendo então solicitado leito em unidade de cuidados intensivos (UCI) por quadro compatível com sepse.

No mesmo dia a paciente foi internada na UTI, apresentando febrículas (até 37,5°C), taquicardia e taquipneia (30 incursões resp./min) e estava consciente. O diagnóstico realizado foi semelhante ao da equipe assistente (sepse, insuficiência renal, acidose, trombose venosa profunda provável). No dia 07/04/09 foi submetida a laparotomia exploratória com a seguinte descrição: "Incisão xinfo-púbica. (...). Inventário da cavidade abdominal: após abertura da aponeurose, saída de grande quantidade de secreção purulenta fétida (coletada secreção p/ análise laboratorial - cultural + gram); alças intestinais aderidas e recobertas por fibrina e debris inflamatórios, localizados múltiplos abscessos em toda cavidade abdominal, sendo os maiores em região infra-diafragmática, retro-uterina e FI D, junto à parede pélvica. Foi realizada limpeza da cavidade abdominal + exérese de cápsula de abscessos + lise de aderências intestinais + exérese da trompa D. Lavagem exaustiva da cavidade abdominal (...)". Ainda no mesmo dia o exame de cultura do primeiro procedimento foi liberado (culdocentese do dia 02/04/09) identificado S. agalactiae. Após o procedimento foi readmitida na UCI, manteve-se em ventilação mecânica iniciada devido ao procedimento cirúrgico



Poder Judiciário

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

No dia 09/04/09, devido a pouca resposta clínica frente ao quadro infeccioso, foi novamente submetida a laparotomia exploratória para revisão e foi associado tratamento antifúngico (fluconazol por via intravenosa). A descrição da nova abordagem cirúrgica consta como diagnóstico final de peritonite em resolução, pois não foram encontrados sinais claros de infecção não controlada, antes do fechamento do abdome foi realizada lavagem exaustiva da cavidade. Foi enviado material procedente da cirurgia, que ao exame anatomopatológico evidenciou epiploíte supurativa crônica e salpingo-oorite supurativa crônica com abscesso tubo-ovariano.

No dia seguinte (10/04/09) manteve-se na UCI, a impressão da equipe médica era de infecção não controlada, mantinha estável hemodinamicamente, ainda em ventilação mecânica. Na manhã seguinte (11/04/09), a paciente sofreu parada cardiorrespiratória em ritmo de fibrilação ventricular, segundo laudos foi prontamente assistida, necessitou ser desfibrilada com 200J por 4 vezes até o retorno da circulação espontânea em 20 minutos.

Nos dias seguintes evoluiu sem melhora do estado neurológico, necessitando de traqueostomia para facilitar desmame da ventilação mecânica e gastrostomia. Ainda na UCI ocorreram diversos episódios de infecções, de foco pulmonar, urinário e cateter, sendo algumas presumidas e outras confirmadas (ao todo 5 episódios), todos tratados com antibióticos. Recebeu alta da UCI em 02/07/09, no andar de internação apresentou outro quadro infeccioso, após tratamento recebeu alta hospitalar em 07/08/09.

3. CONCLUSÕES

- A infecção que motivou a internação hospitalar foi um abscesso tubo-ovariano.
- O abscesso tubo ovariano tem natureza polimicrobiana e é de aquisição comunitária (extra-hospitalar). O tratamento antibiótico instituído estava de acordo com protocolos ginecológicos para a infecção em questão, após resposta clínica insatisfatória o tratamento foi otimizado em tempo adequado (48 horas).
- Os exames iniciais demonstravam sinais de gravidade incomuns para a infecção em questão (anemia importante e disfunção renal). Cirurgias abdominais prévias à internação sofridas pela paciente também são fator de complicação para o manejo cirúrgico. Os achados da reabordagem cirúrgica do dia 07/04 sugerem que já havia disseminação da infecção da cavidade pélvica para a cavidade abdominal no momento da internação.
- A bactéria isolada nos exames da punção do abscesso no momento da internação (*S. agalactiae*) é sensível ao primeiro esquema antibiótico utilizado, assim como ao esquema otimizado posteriormente. Vale ressaltar que a natureza da infecção em questão é polimicrobiana, ou seja, provavelmente outras bactérias da flora vaginal tenham contribuído com o quadro, entretanto os esquemas antibióticos que foram utilizados no caso são normalmente efetivos contra essas bactérias. Portanto, a seleção de antimicrobianos foi adequada em relação à infecção apresentada.
- O tratamento do abscesso tubo ovariano passa por remoção do foco séptico, inicialmente realizado via culdocentese (procedimento via vaginal para puncionar o abscesso). Posteriormente, devido ao agravamento, foram realizadas intervenções cirúrgicas mais invasivas (duas laparotomias exploratórias, que são cirurgias com abertura do abdome), para tentar remover focos infecciosos remanescentes que perpetuavam a infecção.
- O quadro atual da paciente (referido como estado “vegetativo” pela parte autora) resulta de parada cardiorrespiratória ocorrida em 11/04/2009, causada pelo quadro de choque séptico secundária à infecção que motivou a internação hospitalar (abscesso tubo-ovariano).



Poder Judiciário

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

- A parada cardiorrespiratória provavelmente foi prontamente atendida conforme descreve-se em prontuário, pois em Unidades de Cuidados Intensivos, os pacientes ficam monitorizados por aparelhos de forma contínua, assim naturalmente ocorre o pronto atendimento neste tipo de intercorrência. Portanto, o tempo de retorno à circulação espontânea, referida no prontuário como de 20 minutos, refere-se ao tempo do início das manobras de reanimação até a reversão do quadro.

- No decorrer da internação ocorreram novas infecções (5 confirmadas na UCI e 1 na unidade de internação), que por definição, são infecções ditas hospitalares.

- Infecções hospitalares são aquelas em que os sintomas ocorrem 72h após a internação hospitalar. Vale ressaltar que são efeitos adversos comuns em internações hospitalares, especialmente em pacientes que se encontram em estado crítico. Fontes da literatura médica pertinentes para a época da internação (primeira década do século XXI) indicam que, no Brasil, 25% a 35% dos pacientes internados em unidades de cuidados intensivos sofrem de alguma infecção hospitalar.

- Boas práticas nos processos hospitalares, fiscalizados e promovidos pelos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar, reduzem as taxas de infecções hospitalares, mas ainda atualmente é impossível reduzir a zero a sua ocorrência, ainda são eventos comuns nos dias de hoje no mundo inteiro. Não é possível avaliar, de forma indireta e retrospectiva, se ocorreram falhas nos processos de assistência que contribuíram para os episódios de infecções hospitalares sofridas pela paciente.

4. QUESITOS

4.1 Da parte autora (Evento 35).

1) Queira por gentileza, informar o Sr. Perito o quadro clínico pelo qual internada a paciente Milena Rodrigues Reis no Hospital demandado na época dos fatos

A paciente internou com quadro febril de dor abdominal, com anemia e disfunção renal nos exames, e foi diagnosticado abscesso tubo-ovariano à direita.

2) A partir do prontuário de Admissão e da Nota de Admissão da paciente, às fls. 37/38, qual foi o motivo da internação?

A paciente internou para tratamento do abscesso tubo-ovariano, que necessitaria de abordagem para drenagem do abscesso e administração de antibióticos.

3) Descreva o quadro evolutivo pré e pós-operatório, anotado entre as fls. 39 e 75, discriminando suas intercorrências.

No pré-operatório apresentava dor abdominal e febre a há 7 dias, nos exames iniciais apresentava sinais de gravidade, como anemia intensa e disfunção renal.

Logo no pós-operatório a disfunção renal se agrava, é diagnosticado quadro de trombose venosa profunda em membro inferior direito, a paciente apresenta sinais de sepse e é internada na UCI por choque séptico. Foi submetida à laparotomia exploratória no dia 07/04 e 09/04 para controle da infecção. No dia 11/04 sofreu parada cardiorrespiratória. As complicações foram discriminadas detalhadamente no item 2 deste laudo.

4) No pré-operatório há registro de prescrição medicamentosa contra infecção?



Poder Judiciário
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

Sim, foi realizada infusão de cefazolina 2g via intravenosa, conforme evolução em prontuário de 02/04 às 13:30.

5) *Qual o motivo da baixa na UTI? Houve identificação da bactéria, germe ou fungo que a motivou?*

O motivo da internação na UCI foi sepse, causando insuficiência renal e acidose metabólica. A única bactéria isolada até aquele momento tratava-se Streptococcus agalactiae, recuperada da secreção do primeiro procedimento (culdocentese do dia 02/04/09), mas conforme já relatado no item 3 deste laudo, outras bactérias contribuíram para o quadro devido a natureza polimicrobiana da infecção.

6) *Quantos dias passaram desde a baixa hospitalar até a data do choque séptico anotada à fl. 41? Há registro do nome e origem da bactéria que deu causa ao choque séptico?*

A internação ocorreu no dia 01/04/09, o quadro infeccioso evoluiu culminando em choque séptico no dia 06/04/09. A infecção que motivou o quadro é de natureza polimicrobiana, a bactéria que predominou no exame coletado foi Streptococcus agalactiae.

7) *O choque séptico, é por si só, fatal? Admite tratamento e recuperação eficazes?*

O choque séptico é uma condição grave que tem tratamento, mas mesmo carrega morbidez e mortalidade consideráveis, sendo fatal em até 62% dos casos, segundo literatura médica brasileira que traz dados da época.

8) *Qual o período de incubação e manifestação da bactéria estafilococo, anotada às fls. 64, v, 74 e 75? Há relação com o motivo da baixa hospitalar? Há relação com o quadro clínico atual da paciente?*

O conceito de incubação geralmente não é adequado e usual para este tipo de patologia, mas extrapolando o conceito, pode-se dizer que após a inoculação dessa bactéria a infecção poderia se manifestar após 24 a 72 horas.

A primeira vez que bactéria da espécie estafilococo foi identificada em cultura de urina liberada em 16/04/2009. A identificação dessa bactéria provavelmente deriva do uso de sonda vesical, portanto é uma infecção (ou colonização) adquirida durante a internação e não guarda relação com o quadro atual da paciente, que foi causado predominantemente pela parada cardiorrespiratória ocorrida dias antes.

9) *Descreva o quadro clínico atual da paciente. Quesito prejudicado devido a natureza da perícia indireta.*

4.2 *Da parte ré.*

1 - *Informe a razão que levou a paciente Milena a procurar atendimento junto ao hospital demandado em abril de 2009.*

Quadro de dor abdominal e febre há cerca de 1 semana, após exames foi diagnosticada com abscesso tubo-ovariano.

2 - *Qual foi o atendimento despendido em favor da paciente?*

Foi realizado tratamento com antibiótico e abordagem para remover o foco séptico (abscesso).



Poder Judiciário
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

2.1. *Favor historiar o atendimento. Atendimento historiado no item 2 deste laudo.*

3 – *A paciente quando ingressou no hospital já apresentava um quadro de infecção. A infecção da paciente possuía origem hospitalar?*

Apresentava quadro infeccioso, abscesso tubo ovariano, com sintomatologia iniciada 7 dias antes, portanto a origem é comunitária (não hospitalar).

4 – *A paciente tinha sinais de infecção abdominal de grande porte? Na primeira cirurgia realizada na paciente foi constatada a presença de pus?*

Sim havia sinais de gravidade nos exames laboratoriais e o primeiro procedimento resultou em drenagem de 100ml de pus.

5 – *Por qual motivo a paciente foi transferida para a UCI? Esse procedimento foi o correto?*

Foi transferida por piora do quadro infeccioso, evoluindo para choque séptico, a internação na UCI foi bem indicada.

6 – *Por qual motivo a paciente foi submetida à exploração cirúrgica?*

Devido a progressão do quadro infeccioso mesmo após drenagem do abscesso e tratamento antibiótico, indicando que poderia haver maior comprometimento da cavidade abdominal funcionando como foco de persistência da infecção.

7 – *A parada cardiorrespiratória que a paciente teve tem alguma relação com o tratamento médico e/ou cirúrgico dispensado à paciente ou está relacionado ao quadro de infecção que levou a paciente a buscar o hospital?*

Está relacionada ao quadro infeccioso que motivou a internação.

8 – *A paciente, quando apresentou parada cardiorrespiratória, foi prontamente atendida, porém demorou 20 minutos para recuperar a circulação a partir do início do atendimento?*

Provavelmente sim (conforme registrado em prontuário), pois a parada cardiorrespiratória ocorreu em ambiente monitorizado, nesse contexto é natural que o início das manobras seja imediato. O tempo de 20 minutos refere-se à duração das manobras até o retorno da circulação espontânea.

9 – *Quando algum paciente apresenta parada cardiorrespiratória, aqueles que sobrevivem, costumam apresentar lesões neurológicas?*

A taxa de complicações neurológicas em pacientes sobreviventes de parada cardiorrespiratória é de até 50%.

10 – *O que significa quadro séptico?*

Significa quadro de etiologia infecciosa.

11 – *Qual a origem da infecção da paciente?*

A infecção que motivou o quadro inicial é comunitária (não hospitalar), as infecções ocorridas após essa são ditas hospitalares.



Poder Judiciário

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

12 - *Pode-se afirmar que o procedimento despendido a paciente estava em consonância com as prescrições e recomendações descritas na Literatura Médica em vigência à época dos fatos.*

Pode-se afirmar que sim, sob o ponto de vista do manejo do quadro infeccioso.

13 - *Ilmo. Sr. Dr. Perito, queira tecer as considerações que entender relevantes ao deslinde da controvérsia. Ver item 3 deste laudo.*

14 - *Favor indicar a fonte da Literatura Médica utilizada para a elaboração do respeitável Laudo*

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto - Tratado de Infectologia - 5ª Edição, Editora Atheneu, 2015.

DA MATA ABEGG, Patricia Terron Ghezzi; DA SILVA, Ligiane de Lourdes. Controle de infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva: estudo retrospectivo. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, v. 32, n. 1, p. 47-58, 2011.

VANCINI-CAMPANHARO, Cássia Regina et al. Um ano de seguimento da condição neurológica de pacientes pós-parada cardiorrespiratória atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. Einstein (São Paulo), v. 13, p. 183-188, 2015.

ZANON, Fernando et al. Sepsis na unidade de terapia intensiva: etiologias, fatores prognósticos e mortalidade. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 20, n. 2, p. 128-134, 2008.

Portanto, adotando-se as conclusões do laudo pericial, uma vez que feitas por profissional médico qualificado, as quais não foram rebatidas ou infirmadas por outras provas, incabível responsabilizar o Hospital demandado pelos agravos à saúde da paciente. Ressalte-se que os autores não juntaram nenhum laudo firmado por profissional médico discutindo os fatos e afirmando a existência de erro em qualquer dos procedimentos e tratamentos levados a efeito.

Conforme resta claro no laudo pericial, a paciente Milena internou no Hospital Fêmina no dia 01/04/2009 e foi com diagnosticada com abscesso tubo-ovariano, uma infecção com natureza polimicrobiana, de aquisição extra-hospitalar. O tratamento antibiótico instituído estava de acordo com protocolos ginecológicos para a infecção em questão, após resposta clínica insatisfatória o tratamento foi otimizado em tempo adequado (48 horas). Os exames demonstraram sinais de gravidade incomuns para a infecção em questão. Os achados da reabordagem cirúrgica do dia 07/04 sugerem que já havia disseminação da infecção da cavidade pélvica para a cavidade abdominal no momento da internação.

A internação ocorreu no dia 01/04/09, o quadro infeccioso de natureza polimicrobiana evoluiu culminando em choque séptico já no dia 06/04/09 - uma condição grave que é fatal em até 62% dos casos.

A seleção de antimicrobianos e as intervenções cirúrgicas mais invasivas realizadas posteriormente, diante do agravamento do quadro, foram adequadas em relação à infecção apresentada, embora não tenham alcançado o objetivo desejado.

Conforme o perito, o quadro atual da paciente resulta de parada cardiorrespiratória ocorrida em 11/04/2009, causada pelo quadro de choque séptico secundária à infecção que motivou a internação hospitalar (abscesso tubo-ovariano).



Poder Judiciário

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

As infecções posteriores à internação, ditas hospitalares, segundo o perito, são efeitos adversos comuns em internações hospitalares, especialmente em pacientes que se encontram em estado crítico, atingindo, no Brasil, 25% a 35% dos pacientes internados em unidades de cuidados intensivos. Não é possível avaliar, de forma indireta e retrospectiva, se ocorreram falhas nos processos de assistência que contribuíram para os episódios de infecções hospitalares sofridas pela paciente.

Ao contrário do que sustentam os autores, não há prova de demora no atendimento da parada cardiorrespiratória ocorrida em 11/04/2009, quando se encontrava na Unidade de Cuidados Intensivos, pois o tempo de retorno à circulação espontânea, referida no prontuário como de 20 minutos, refere-se ao tempo decorrido do início das manobras de reanimação até a reversão do quadro, e não o tempo de início das manobras.

Em outras palavras, se extrai do acervo probatório que não restou caracterizado qualquer ato de imprudência, imperícia ou negligência por parte do Hospital Fêmina e seus agentes, apontado no laudo pericial.

Dessa forma, mesmo considerando a natureza objetiva da responsabilidade civil, fica afastada a causalidade entre o dano e a atuação da entidade hospitalar, não se podendo atribuir os danos e sofrimentos experimentados pela paciente a um serviço defeituoso do nosocômio, levado a efeito de forma contrária às práticas médicas.

O Hospital não responde por complicação inerente ao tratamento oferecido, se este foi correto, não havendo fator de imputação de responsabilidade em seu desfavor. Como já referido nos autos, a obrigação do atendimento médico é de meio e não de resultado, devendo ser empregados os recursos disponíveis para prestação do serviço adequado. Não há responsabilidade por consequências inesperadas, intercorrências ou efeitos adversos se eles não decorrerem de má prestação do serviço.

Assim, no presente caso não há comprovação do nexo causal necessário para a responsabilização do hospital, não ficando demonstrado que os atos médicos praticados tenham sido realizados com inobservância do conhecimento técnico necessário, o que caracterizaria imperícia e o serviço defeituoso, ou com outra modalidade de culpa (imprudência ou negligência), o que impede o acolhimento dos pedidos de indenização tanto por danos materiais quanto por danos morais.

Dispositivo.

Isto posto, julgo improcedentes os pedidos, resolvendo o mérito, nos termos do art. 487, I, do CPC.

Condeno os autores ao pagamento das custas e de honorários advocatícios em favor dos procuradores dos réus, os quais arbitro em 10% sobre o valor da causa atualizado pelo IPCA-E, nos termos do art. 85, §2º, do CPC, ficando Suspensa a exigibilidade em face da gratuidade de justiça deferida.

(...)"

1. Da Responsabilidade Civil



Poder Judiciário
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

O § 6º do art. 37 da Constituição, que disciplina a responsabilidade civil das pessoas jurídicas de direito público, bem como das pessoas jurídicas de direito privado que prestam serviço público, tem o seguinte teor:

§ 6º As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.

Tratando-se de serviço médico-hospitalar prestado por pessoa de direito público, o regime da responsabilidade objetiva do Estado funda-se na teoria do risco administrativo, bastando a demonstração do dano e do nexo de causalidade entre a conduta (comissiva ou omissiva) do agente público e o resultado danoso, sendo prescindível a perquirição de culpa, ressalvada a possibilidade de comprovação de excludentes de responsabilidade, como a culpa exclusiva da vítima ou o caso fortuito.

A marca característica da responsabilidade objetiva é, portanto, a desnecessidade de o lesado pela conduta estatal provar a existência da culpa do agente ou do serviço. O fator culpa, então, fica desconsiderado como pressuposto da responsabilidade objetiva (...)", *sendo certo que a caracterização da responsabilidade objetiva requer, apenas, a ocorrência de três pressupostos: a) fato administrativo: assim considerado qualquer forma de conduta comissiva ou omissiva, legítima ou ilegítima, singular ou coletiva, atribuída ao Poder Público; b) ocorrência de dano: tendo em vista que a responsabilidade civil reclama a ocorrência de dano decorrente de ato estatal, latu sensu; c) nexo causal: também denominado nexo de causalidade entre o fato administrativo e o dano, conseqüentemente, incumbe ao lesado, apenas, demonstrar que o prejuízo sofrido adveio da conduta estatal, sendo despiciendo tecer considerações sobre o dolo ou a culpa"* (José dos Santos Carvalho Filho, in Manual de Direito Administrativo, 12ª Edição, 2005, Editora Lumen Iuris, Rio de Janeiro, páginas 497-498).

Assim, de regra, para que se faça presente o dever reparatório estatal, **bastará a comprovação do nexo de causalidade entre o dano e o ato ilícito praticado pela Administração**. Admite-se, todavia, a comprovação da culpa exclusiva ou recíproca do particular para afastar o dever de reparação ou atenuá-lo, assim como as excludentes do caso fortuito e força maior.

A questão da responsabilidade da instituição hospitalar requerida insere-se, a par da discussão relativa à responsabilidade pela prestação de serviço médico e hospitalar, no âmbito da responsabilidade estatal, haja vista que, no caso concreto, trata-se de hospital público, no qual atuam médicos titulares de cargo público, nessa função.

Especificamente no que diz respeito à responsabilização civil por erro médico, a jurisprudência desta d. Turma aponta no sentido de que a responsabilidade unicamente do Hospital, **que seria objetiva**, restringe-se a falha de serviços cuja atribuição é afeta única e exclusivamente ao hospital, tais como serviços de acomodação, nutrição, laboratório, controle de infecção hospitalar, recepção, vigilância, transporte de doentes, instrumentação cirúrgica e higienização.



Poder Judiciário
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

A causa de pedir, destaque, não se alicerça em um ato técnico específico e individualizado de um médico, mas sim em uma falha estrutural e organizacional do serviço hospitalar, qual seja, a alegada omissão do nosocômio em garantir um ambiente seguro e livre de infecções, o que resultou na contaminação da paciente e, posteriormente, no seu quadro vegetativo irreversível. Tal cenário configura o que a doutrina denomina "fato do serviço", atraindo, portanto, a responsabilidade objetiva da instituição pela deficiência na prestação de seus deveres de cuidado, guarda e segurança.

É o que dispõe o Centro de Estudos Judiciários/ Conselho da Justiça Federal:

Consequentemente, enquanto o ordenamento jurídico brasileiro é uníssono em atribuir responsabilidade objetiva ao hospital em casos de infecção hospitalar. Revista CEJ, Brasília, Ano XXVII, n. 86, p. 76-83, jul./dez. 2023. P.81

O STJ em diversas oportunidades, já se manifestou sobre a responsabilidade objetiva por infecção hospitalar, a saber:

CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RESPONSABILIDADE OBJETIVA. HOSPITAL. ÓBITO. INFECÇÃO HOSPITALAR. ANÁLISE PROBATÓRIA. INEXISTÊNCIA. DECISÃO MANTIDA. 1. O recurso especial não comporta exame de questões que impliquem revolvimento do contexto fático-probatório dos autos (Súmula n. 7/STJ). 2. Segundo a jurisprudência desta Corte Superior, "a responsabilidade dos hospitais e clínicas (fornecedores de serviços) é objetiva, dispensando a comprovação de culpa, notadamente nos casos em que os danos sofridos resultam de infecção hospitalar" (AgInt no REsp n. 1.653.046/DF, Relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 15/5/2018, DJe 28/5/2018). 3. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp n. 608.350/SP, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 7/12/2020, DJe de 14/12/2020.)

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E ESTÉTICOS. INFECÇÃO HOSPITALAR. DEFORMIDADE PERMANENTE. VIOLAÇÃO DO ART. 1.022 DO NCPC. INEXISTÊNCIA. FUNDAMENTO NÃO IMPUGNADO. SÚMULA Nº 283 DO STF. RESPONSABILIDADE CIVIL. NEXO DE CAUSALIDADE. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INVIABILIDADE. SÚMULA Nº 7 DO STJ. RESPONSABILIDADE OBJETIVA. CULPA. PRESCINDIBILIDADE. VALOR INDENIZATÓRIO. REVISÃO. INVIABILIDADE. EXORBITÂNCIA OU IRRISORIEDADE. NÃO EVIDENCIADAS. SÚMULA Nº 7 DO STJ. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO. 1. Aplica-se o NCPC a este recurso ante os termos do Enunciado Administrativo nº 3, aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016: Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC. 2. Inexistem omissão, contradição ou obscuridade, vícios elencados nos arts. 489 e 1.022 do NCPC, sendo forçoso reconhecer que a pretensão recursal ostentava caráter nitidamente infringente, visando rediscutir matéria que já havia sido analisada pelo acórdão vergastado. 3. O acórdão recorrido afirmou a irrelevância do debate acerca do momento da inversão do ônus da prova em favor da consumidora, considerandos-se a responsabilidade objetiva do fornecedor, conforme previsão legal do art. 14, caput, do CDC, competindo a ele a prova do fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito. Fundamento não impugnado. Súmula nº 283 do STF. 4. O acórdão vergastado assentou que a infecção teria sido contraída no hospital, cabendo à SANTA CASA evidenciar que o quadro infeccioso teria se dado por outros fatores, diversos do alegado pela autora e confirmado pela perícia. Alterar as conclusões do acórdão impugnado exigiria incursão fático-probatória, em afronta à Súmula nº 7 do STJ. 5. A responsabilidade do hospital é objetiva, não se perquirindo da comprovação de culpa,



Poder Judiciário

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

notadamente em casos de infecção contraída no ambiente hospitalar. Precedentes. 6. A quantia fixada para compensar os danos morais apenas pode ser minorada nas hipóteses em que se afigure manifestamente exagerada. Considerando as peculiaridades do caso concreto, em que a paciente perdeu a calota craniana em decorrência de infecção hospitalar, não se mostra exorbitante o valor da indenização mantido pelo Tribunal paulista em R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais). 7. Agravo interno não provido. (AgInt nos EDcl no AREsp n. 1.544.082/SP, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 23/11/2020, DJe de 27/11/2020.)

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS, MATERIAIS E ESTÉTICOS. INFECÇÃO HOSPITALAR. HOSPITAL. RESPONSABILIDADE OBJETIVA. NEXO DE CAUSALIDADE. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INVIABILIDADE. SÚMULA Nº 7 DO STJ. VALOR INDENIZATÓRIO. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO. 1. O Tribunal estadual assentou que a infecção decorreu da falha na esterilização dos aparelhos de uso cirúrgico pelo nosocômio, que já tinha ciência do surto da bactéria há mais de um ano, não estando demonstrado o caso fortuito ou força maior. Alterar as conclusões do acórdão impugnado exigiria incursão fático-probatória, em afronta à Súmula nº 7 do STJ. 2. A instituição hospitalar responde objetivamente por falha na prestação do serviço, especialmente em casos de danos oriundos de infecção hospitalar. 3. O STJ apenas reexamina o valor de indenização por danos morais quando manifestamente irrisório ou abusivo, o que não se verifica no caso concreto. 4. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ele ser integralmente mantido em seus próprios termos. 5. Agravo interno não provido. (AgInt no AREsp n. 2.415.362/MT, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 4/3/2024, DJe de 6/3/2024.)

Assentadas essas premissas, verifica-se que o juízo de origem entendeu pela ausência de comprovação do nexo causal necessário para a responsabilização do hospital, entendendo que não restaram demonstrados que os atos médicos praticados tenham sido realizados com inobservância do conhecimento técnico necessário - o que caracterizaria imperícia e serviço defeituoso - ou que teriam agido com imprudência ou negligência.

Entretanto, compreendo que o caso comporta solução diversa.

É fato incontroverso nos autos, atestado por meio do laudo pericial produzido na origem, que a paciente Milena contraiu seis infecções hospitalares durante o período em que ficou internada no Hospital Fêmeina.

Do laudo técnico, extraio as seguintes conclusões, para o que interessa ao julgamento (evento 126, LAUDOPERIC1):

(1) a paciente MILENA foi internada no Hospital Fêmeina no dia 01/04/2009 e foi diagnosticada com abscesso tubo-ovariano, uma infecção com natureza polimicrobiana. O tratamento antibiótico instituído pelo hospital estava de acordo com protocolos ginecológicos para a infecção em questão.



Poder Judiciário
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

(2) O tratamento do abscesso tubo-ovariano necessitaria de abordagem para drenagem do abscesso e administração de antibióticos.

(3) Na manhã do dia 02/04/09, os médicos optaram por realizar procedimento cirúrgico, devido à progressão do quadro infeccioso mesmo após drenagem do abscesso e tratamento antibiótico, relevando sinais de gravidade da infecção, como anemia intensa e disfunção renal;

(4) No pós-operatório, a disfunção renal se agravou e foi diagnosticado quadro de trombose venosa profunda em membro inferior direito, passando a paciente a apresentar sinais de sepse em 06/04/2009, o que levou à internação na UCI por choque séptico. Submetida à laparotomia exploratória nos dias 07/04 e 09/04 para controle da infecção, Milena sofreu parada cardiorrespiratória dias depois, em 11/04;

(5) O motivo da internação na UCI foi sepse, causando insuficiência renal e acidose metabólica e a única bactéria isolada até aquele momento tratava-se *Streptococcus agalactiae*, recuperada da secreção do primeiro procedimento (culdocentese do dia 02/04/09), mas outras bactérias teriam contribuído para o quadro devido a natureza polimicrobiana da infecção;

(6) Outra bactéria, da espécie **estafilococo**, foi identificada em cultura de urina liberada em 16/04/2009. A identificação dessa bactéria provavelmente deriva do uso de sonda vesical, portanto é uma infecção (ou colonização) adquirida durante a internação;

(7) O perito informou destacou ainda que: "*Ainda na UCI ocorreram diversos episódios de infecções, de foco pulmonar, urinário e cateter, sendo algumas presumidas e outras confirmadas (ao todo 5 episódios), todos tratados com antibióticos. Recebeu alta da UCI em 02/07/09, no andar de internação apresentou outro quadro infeccioso, após tratamento recebeu alta hospitalar em 07/08/09;*

(8) Concluiu o expert que: "*A infecção que motivou o quadro inicial é comunitária (não hospitalar), as infecções ocorridas após essa são ditas hospitalares*", bem como que: "*No decorrer da internação ocorreram novas infecções (5 confirmadas na UCI e 1 na unidade de internação), que por definição, são infecções ditas hospitalares*"; e

(9) Finalmente, esclareceu o perito que: "*Infecções hospitalares são aquelas em que os sintomas ocorrem 72h após a internação hospitalar. Vale ressaltar que são efeitos adversos comuns em internações hospitalares, especialmente em pacientes que se encontram em estado crítico.*

Portanto, a despeito dos sinais de gravidade incomuns para a infecção que levou a autora buscar o hospital, o próprio perito judicial informa que no período de internação foram **seis as infecções hospitalares** contraídas pela paciente e que as infecções hospitalares são caracterizadas por apresentarem sintomas 72 horas após a internação hospitalar.



Poder Judiciário
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

Diante disso, é razoável presumir que o quadro que a paciente apresentava já quando foi internada, no dia 01/04/2009, foi bastante agravado após as inúmeras infecções hospitalares ocorridas durante a sua internação, culminando com a apresentação de quadro de sepse em 06/04 e parada cardiorrespiratória em 11/04, quando passou a apresentar quadro vegetativo.

Nesse contexto, se de um lado a infecção hospitalar constitui risco inerente à realização de todo e qualquer procedimento médico, como atestou o perito e o hospital réu, é certo também afirmar que a sua ocorrência - sobretudo no caso em que se confirmaram seis infecções em curto período de tempo -, configura defeito do serviço médico-hospitalar capaz de ensejar o dever de indenizar.

Assim, deve-se concluir que a infecção hospitalar configura defeito do serviço e é, ao mesmo tempo, risco inerente à atividade, o que se revela suficiente para o dever de indenizar. Em verdade, o risco é a essência da responsabilidade objetiva da Administração, fundada justamente na teoria do risco administrativo. Essa teoria se baseia no risco que a atuação do Estado e dos prestadores de serviços públicos encerra para os administrados e na possibilidade de acarretar ônus a certos membros da comunidade, o qual deve ser reparado por toda a coletividade.

Salienta-se, no entanto, que a adoção da teoria do risco administrativo não significa que o ente público será responsável, em qualquer circunstância. Embora predomine a doutrina objetiva, circunstâncias excludentes ou atenuantes de responsabilidade, como a culpa da vítima, o caso fortuito ou a força maior podem afastar ou diminuir a responsabilidade da Administração. Da mesma forma, a inexistência de um dos requisitos acima elencados - nexo de causalidade e dano -, desautorizam a pretensão reparatória.

Nesse contexto, embora a responsabilidade do hospital não seja absoluta, a instituição responde pelos danos decorrentes das falhas na prestação do serviço, como na hipótese, de infecção hospitalar.

Não é por outra razão, aliás, que há obrigatoriedade legal, prevista na Lei nº 9.431/97, de adoção, por parte de todos os hospitais, de Programas de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), e da necessidade de implantação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), cuja tarefa principal é o levantamento de dados para identificar e eliminar os riscos de infecção, por meio de medidas preventivas. A ausência de tal comissão, a meu juízo, deveria implicar, automaticamente, responsabilidade do hospital por eventuais danos decorrentes de infecção.

De outro giro, quanto à infecção hospitalar propriamente, trata-se de problema sabidamente ineliminável. Do ponto de vista estatístico, diz-se que um em cada 300 pacientes internados vem a morrer em razão de infecção hospitalar. Não há país algum que tenha índice de risco zero de infecção hospitalar, pelo simples fato de que hospitais são ambientes naturalmente contaminados em razão dos seus frequentadores - pacientes doentes e portadores de bactérias e vírus.



Poder Judiciário
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

Todavia, devem se distinguir os cenários, pois há vários tipos de infecções (comunitárias X hospitalares, por exemplo – a primeira é a que o paciente traz de seu ambiente pré-hospitalar; a segunda é aquela contraída durante a internação hospitalar. Só esta última acarreta a responsabilidade do hospital.

De toda a forma, nem mesmo a existência de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) composta por profissionais da área de saúde teria o condão de eximir o hospital de sua responsabilidade. Isso porque a existência das seis infecções hospitalares, como na hipótese, só corrobora o fato de que as condutas e protocolos adotados pela referida Comissão também teriam falhado no seu mister de controle e profilaxia da infecção hospitalar.

E, a partir de tais circunstâncias e da alegada falha na prestação do serviço hospitalar que foi dispensado à autora pelo nosocômio réu - cuja circunstância ensejou a contração de infecção hospitalar no período no qual esteve internada -, malgrado os argumentos formulados pelo hospital, inviável o afastamento do dever de indenizar.

No ponto, embora não se possa afirmar com certeza que as condições da UTI foram a causa única do óbito da paciente, em razão da infecção prévia de Milena, bem como de acordo com os termos da perícia, certamente tais condições contribuíram em grande medida para o agravamento do estado de saúde da paciente, levando ao quadro de sepse e parada cardiorespiratória, com sequelas permanentes e estado vegetativo por anos, até o seu falecimento, no curso da ação.

Friso também, por oportuno, que não está em causa se os médicos, enfermeiros e o hospital adotaram, após constatada a infecção hospitalar, as medidas corretas para combatê-la, ainda que sem o efeito esperado.

O que se discute, no presente caso, é se as seis infecções, comprovadamente contraídas no ambiente hospitalar (vide prova pericial), durante o período de internação, se mostraram suficientes para gerar a responsabilidade civil da instituição de saúde.

Compreendo que sim.

E deve-se ir além: ainda que não se estabelecesse relação direta entre as seis infecções contraídas por Milena em ambiente hospitalar e o seu trágico desfecho clínico, a remansosa jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, no tocante à responsabilidade de hospitais, em eventos similares ao narrado nos autos, é no sentido de ser **objetiva** nos casos relacionados à falha na prestação de serviço, sobretudo quando os danos sofridos resultam de infecção hospitalar, revelando-se desnecessária a comprovação de erro médico ou falha do hospital (culpa *lato sensu*).

O entendimento do STJ é, portanto, de que a infecção hospitalar representa, por si só, falha na prestação do serviço, havendo nexo causal entre o dano e o fato, como ilustram os seguintes precedentes:

PROCESSUAL CIVIL E CIVIL. RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PRETENSÃO DE REEXAME DE PROVAS. INFECÇÃO HOSPITALAR. FALHA NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS.



Poder Judiciário

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

RESPONSABILIDADE OBJETIVA DO HOSPITAL PELA DEFICIÊNCIA NO SERVIÇO PRESTADO. SÚMULA N. 568/STJ. VALOR DA INDENIZAÇÃO. PROPORCIONALIDADE E RAZOABILIDADE. SÚMULA 7/STJ.

1. O Tribunal de origem, a partir do acervo fático-probatório, concluiu que houve responsabilidade por parte da recorrente, o que ocasionou o dever de indenização por danos morais. Alterar as premissas a que chegou a Corte a quo demandaria nova incursão no acervo fático-probatório, o que é vedado em razão do óbice da Súmula n. 7/STJ. 2. O acórdão recorrido não se afasta da jurisprudência desta Corte segundo a qual "A instituição hospitalar responde objetivamente por falha na prestação do serviço, especialmente em casos de danos oriundos de infecção hospitalar." (AgInt no AREsp n. 2.415.362/MT, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 4/3/2024, DJe de 6/3/2024.) 3. Considerando a quantidade excessiva de cirurgias a que o recorrido foi submetido (dezessete) em razão da gravidade da infecção e tudo o que disso decorreu em sua vida com relação, até mesmo, a suas atividades habituais, necessária a manutenção do quantum indenizatório em R\$ 40.000,00 fixado na origem, valor este que se apresenta adequado à situação delineada nos autos. 4. Por fim, "consoante iterativa jurisprudência desta Corte, a incidência da Súmula 7 do STJ é óbice também para a análise do dissídio jurisprudencial, o que impede o conhecimento do recurso pela alínea 'c' do permissivo constitucional" (AgInt nos EDcl no REsp n. 1.662.160/DF, Relator Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 3/4/2023, DJe de 11/4/2023). Agravo interno improvido. (AgInt no REsp n. 2.130.195/SP, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 19/8/2024, DJe de 22/8/2024.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. OFENSA AO ART. 1.022 DO CPC. NÃO VERIFICAÇÃO. INDENIZAÇÃO. ERRO MÉDICO. RESPONSABILIDADE CIVIL. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. RESPONSABILIDADE OBJETIVA. FALHA NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS. CONFIGURAÇÃO. PRESSUPOSTOS. REVISÃO. INVIABILIDADE. REEXAME DO ACERVO FÁTICOPROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA N. 7 DO STJ. REDUÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA N. 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. 1. Inexiste ofensa ao art. 1.022 do CPC quando o tribunal de origem aprecia, com clareza e objetividade e de forma motivada, as questões que delimitam a controvérsia, ainda que não acolha a tese da parte insurgente. 2. As instituições hospitalares respondem, direta e objetivamente, pelos defeitos nos serviços prestados, compreendidos como o fornecimento de recursos materiais e humanos auxiliares adequados à prestação dos serviços médicos e à supervisão do paciente. 3. O hospital é responsabilizado, indireta e solidariamente, por ato culposo de médico vinculado à instituição. 4. Não se admite a revisão do entendimento do tribunal de origem quando a situação de mérito demandar o reexame do acervo fático-probatório dos autos, tendo em vista o óbice da Súmula n. 7 do STJ. 5. A revisão pelo STJ da indenização arbitrada a título de danos morais exige que o valor tenha sido irrisório ou exorbitante, fora dos padrões de razoabilidade. Salvo essas hipóteses, incide a Súmula n. 7 do STJ, impedindo o conhecimento do recurso especial. 6. Agravo interno desprovido. (AgInt no AREsp n. 2.455.889/SP, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 8/4/2024, DJe de 11/4/2024.)

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS, MATERIAIS E ESTÉTICOS. INFECÇÃO HOSPITALAR. HOSPITAL. RESPONSABILIDADE OBJETIVA. NEXO DE CAUSALIDADE. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INVIABILIDADE. SÚMULA Nº 7 DO STJ. VALOR INDENIZATÓRIO. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO. 1. O Tribunal estadual assentou que a infecção decorreu da falha na esterilização dos aparelhos de uso cirúrgico pelo nosocômio, que já tinha ciência do surto da bactéria há mais de um ano, não estando demonstrado o caso fortuito ou força maior. Alterar as conclusões do acórdão impugnado exigiria incursão fático-probatória, em afronta à Súmula nº 7 do STJ. 2. A instituição hospitalar responde objetivamente por falha na prestação



Poder Judiciário

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

do serviço, especialmente em casos de danos oriundos de infecção hospitalar. 3. O STJ apenas reexamina o valor de indenização por danos morais quando manifestamente irrisório ou abusivo, o que não se verifica no caso concreto. 4. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ele ser integralmente mantido em seus próprios termos. 5. Agravo interno não provido. (AgInt no AREsp n. 2.415.362/MT, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 4/3/2024, DJe de 6/3/2024.)

No caso, o hospital busca afastar sua responsabilidade objetiva sob a alegação de incidência, na espécie, de fato exclusivo da vítima, ao argumento de que a paciente Milena já teria chegado ao hospital apresentando infecção e em estado grave de saúde, sustentando que a infecção primária não teria origem hospitalar, o que romperia o liame causal.

Acerca da questão, é imprescindível mencionar ser ínsito ao hospitalar o dever de incolumidade e de segurança do paciente. Em razão de tal dever, incumbe ao hospital envidar os esforços necessários à preservação do paciente, nas dependências de seu estabelecimento, propiciando-lhe um tratamento médico adequado e apto a viabilizar a recuperação da saúde do enfermo. Nesse contexto, o fato de a paciente ter contraído **seis infecções hospitalares** quando o seu quadro já era delicado, notabiliza o não cumprimento do referido dever, da mesma forma que tais circunstâncias não podem ser atribuíveis a suposto evento oriundo de caso fortuito ou força maior, muito menos à culpa da vítima.

Ressalte-se ainda que as circunstâncias arroladas pelo hospital como supostos fatos exclusivos da vítima e de sua condição de saúde preexistente, os quais seriam supostamente suficientes para justificar o quadro desenvolvido pela paciente, na verdade, consubstanciam-se em riscos intrínsecos à própria atividade desenvolvida pelo nosocômio, não se mostrando aptos a rechaçar o nexo de causalidade entre a falha no fornecimento do serviço e as sequelas sofridas por Milena.

Portanto, as condições da paciente não se mostram aptas a elidir a responsabilidade da instituição, subsistindo o nexo de causalidade entre a infecção adquirida no ambiente hospitalar e os danos sofridos pelos apelantes.

Finalmente, quanto à suposta demora no atendimento da parada cardiorrespiratória ocorrida em 11/04/2009, quando Milena se encontrava na Unidade de Cuidados Intensivos, a perícia esclareceu que o tempo de retorno à circulação espontânea, referida no prontuário como de 20 minutos, refere-se ao tempo decorrido do início das manobras de reanimação até a reversão do quadro, e não o tempo de início das manobras, sendo certo presumir que em ambiente monitorizado seria natural que o início das manobras seja imediato. Assim, não há comprovação, quanto a esse ponto, de negligência médica.

2. Do quantum indenizatório

2.1 Dano material



Poder Judiciário
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO
2.2.1 Despesas com cuidados de Milena

O réu deve ser condenado ao pagamento de danos materiais aos pais de Milena, Aurélio e Gessi, no montante de R\$ 1.370,00, relativos à aquisição de uma cama hospitalar (R\$ 850,00), uma cadeira de rodas para banho (R\$ 160,00) e três colchões piramidais (total de R\$ 360,00), conforme documentos juntados na inicial, os quais devem ser corrigidos monetariamente desde abril de 2009.

Há, por certo, outras despesas que os pais de Milena tiveram de desembolsar com eventuais tratamentos ou produtos destinados aos cuidados da filha, até o seu falecimento, em razão de sua condição clínica, além do que há supostamente despesas com o seu funeral, cuja responsabilidade também pode ser atribuída ao réu, já que a morte de Milena, aos 44 anos, depois de quase 15 anos apresentando quadro irreversível, decorre logicamente desse cenário.

Nesse sentido prevê o Código Civil:

Art. 949. No caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido.

À vista disso, a quantificação exata do *quantum* devido será realizada em fase de liquidação de sentença, oportunidade em que serão provadas todas as despesas a esse título.

Ao valor da condenação pelos danos materiais deve se acrescer também correção monetária pelo IPCA-E e juros de mora, pelos índices da caderneta de poupança, ambos a partir do efetivo desembolso (súmulas 43 e 54, ambas do STJ), momento em que ocorreu o prejuízo, e a partir da entrada em vigor da Emenda Constitucional n. 113/2021, deve ser aplicada exclusivamente a Taxa SELIC.

Acrescento, entretanto, que a partir de 01/10/2025 em diante, por força do art. 3º da EC 136/25, restaura-se a aplicação da sistemática de atualização vigente antes da EC 113/21, conforme teses jurídicas firmadas no julgamento dos Temas 810/STF e 905/STJ (IPCA-E e juros de poupança), sem prejuízo da aplicação posterior do que vier a ser decidido pela Corte Suprema no âmbito da ADI 7873.

2.2.2 Lucros cessantes

Conforme dicção do art. 402 do Código Civil, os lucros cessantes traduzem aqueles ganhos que, caso não tivesse ocorrido o dano, afluiriam ao patrimônio da vítima. Vejamos:

Art. 402. Salvo as exceções expressamente previstas em lei, as perdas e danos devidas ao credor abrangem, além do que ele efetivamente perdeu, o que razoavelmente deixou de lucrar.

Assim, os lucros cessantes, como modalidade de dano patrimonial, representam aquilo que a vítima razoavelmente deixou de ganhar em virtude do ato ilícito, conforme delineado no art. 402, *in fine*, do Código Civil. Para sua configuração, exige-se a



Poder Judiciário
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

comprovação de que o prejuízo decorre diretamente da conduta danosa e que o lucro seria efetivamente auferido se o evento danoso não tivesse ocorrido.

Lucros cessantes de Milena

A incapacidade permanente e a irreversibilidade da lesão, as quais restaram demonstradas de forma robusta nos autos por meio do laudo pericial, são o elo causal entre a falha na prestação do serviço de saúde e a perda da capacidade laborativa de Milena. Se as sequelas foram agravadas e tornaram-se permanentes devido ao fato de a paciente ter contraído seis infecções hospitalares, e se essas sequelas a impediram de exercer sua profissão, o direito aos lucros cessantes deve ser plenamente reconhecido.

Considerando todas essas circunstâncias, bem como que Milena faleceu no curso do processo, o montante correspondente a esse dano deve ser pago ao seu único herdeiro, o filho Diego, no valor equivalente a um salário mínimo mensal a contar do evento danoso, até o óbito da genitora, em indenização a ser paga de uma só vez. Após o óbito, o valor a título de lucros cessantes deve ser fixado na forma de pensionamento mensal (art. 950 do CC) devido até os 25 anos do filho Diego, no mesmo montante de um salário mínimo.

Deixo de incluir no montante de lucros cessantes fixado os acréscimos de valores relativos a verbas trabalhistas como 13º salário, férias, etc, visto que à época dos fatos Milena não estava trabalhando com vínculo de emprego. Anoto ainda, por oportuno, que a ausência de comprovação de atividade remunerada ou mesmo o fato de a vítima estar desempregada na data do evento danoso não impede a indenização por lucros cessantes ou o pensionamento previsto no art. 950 do Código Civil, consoante jurisprudência pacífica.

Lucros Cessantes de Gessi

Quanto ao pensionamento para a genitora, ela argumenta que a dedicação exclusiva e integral aos cuidados da filha, em decorrência do quadro vegetativo, a impossibilitou de exercer sua atividade, configurando perda de renda que deve ser indenizada pelo Hospital réu.

De fato, a mãe de Milena, até poucos meses antes do evento, comprovou exercer atividade remunerada, conforme comprovado pela CTPS juntada com a inicial. Assim, são devidos a ela lucros cessantes no montante de um salário mínimo mensal, contados do evento danoso até o óbito de Milena.

Ao valor da condenação pelos lucros cessantes de Milena e Gessi, deve se acrescer correção monetária pelo IPCA-E e juros de mora, pelos índices da caderneta de poupança, a partir do evento danoso (súmulas 43 e 54, ambas do STJ), e a partir da entrada em vigor da Emenda Constitucional n. 113/2021, deve ser aplicada exclusivamente a Taxa SELIC.



Poder Judiciário
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

Acrescento, entretanto, que a partir de 01/10/2025 em diante, por força do art. 3º da EC 136/25, restaura-se a aplicação da sistemática de atualização vigente antes da EC 113/21, conforme teses jurídicas firmadas no julgamento dos Temas 810/STF e 905/STJ (IPCA-E e juros de poupança), sem prejuízo da aplicação posterior do que vier a ser decidido pela Corte Suprema no âmbito da ADI 7873.

2.2 Danos morais

No caso, considerando a responsabilidade objetiva do hospital, bem assim a existência de dano - ofensa a bem juridicamente tutelado (parada cardiorespiratória que deixou Milena em estado vegetativo por quase 15 anos, até o seu falecimento, em 2023), tem-se a caracterização do dano moral passível de ser indenizado.

Relativamente ao *quantum* indenizatório, entendo que, ao seu arbitramento, deve-se sopesar a dupla função - reparatória e pedagógica -, com vistas a satisfação do prejuízo efetivamente sofrido pela vítima, bem com o intuito de inibir futuras condutas nocivas.

Nesse passo, a reparação deve ser fixada observada a proporcionalidade e a razoabilidade, somados aos elementos apresentados na situação fática, a exemplo da gravidade do dano, da intensidade e da duração das consequências, bem como da condição econômica das partes e o duplo caráter (compensatório e punitivo) da medida.

Analisando as peculiaridades da situação posta em julgamento - infecção hospitalar que contribuiu decisivamente para o quadro de sepse, com parada respiratória e estado vegetativo da paciente por quase 15 anos, até o seu falecimento -, somada aos parâmetros adotados normalmente pela jurisprudência para a fixação de indenização em hipóteses semelhantes, entendo adequado e justo, no caso em comento, o valor indenizatório de:

a) R\$ 100.000,00 para cada um dos genitores (Aurelio e Gessy), em razão da angústia e sofrimento vivenciados pela condição clínica da filha, que contava com apenas 31 anos quando da ocorrência dos fatos - e era mãe de um menino de 3 anos -, bem como pela perda abrupta do convívio com Milena e considerando ainda o seu envolvimento com essa gravíssima situação, cuidando da filha ao longo de quase 15 anos, situação que perdurou até o seu falecimento;

b) R\$ 200.000,00 para o filho de Milena, Diego, na época com apenas 3 anos de idade, valor que considero adequado e justo por ter sido privado bruscamente da convivência com a mãe durante a infância, sabidamente o período de maior necessidade de presença materna na vida de uma criança, além de passar a conviver, até o falecimento de Milena, com as limitadas condições de saúde da mãe, em quadro vegetativo, a qual não teria qualquer possibilidade de voltar a ter uma vida saudável, até o seu falecimento;

c) R\$ 80.000,00 para Fabio, marido de Milena, à época dos fatos, em razão da interrupção prematura do convívio com a esposa, mãe do seu filho de 3 anos; e



Poder Judiciário

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

d) **R\$ 200.000,00** para Milena (Sucessão representada pelo filho Diego), considerando que ainda jovem e saudável, com apenas 31 anos, foi privada do convívio com seu pequeno filho, marido e pais, e durante 14 anos permaneceu em estado vegetativo, sem demonstrar qualquer reação a estímulos externos, impedida de viver uma vida normal, exercer uma profissão e acompanhar o crescimento do filho.

Os referidos valores deverão ser acrescidos de juros de mora de 1% ao mês a partir do evento danoso, conforme entendimento disposto na Súmula 54 do STJ, até a data do arbitramento da indenização, qual seja, a do proferimento do acórdão.

Já quanto à correção monetária incidente, no que toca à responsabilidade extracontratual, é aplicável, a partir do arbitramento da indenização - Súmula 362 do STJ -, a Taxa SELIC, de acordo com as teses oriundas dos julgamentos a que se referem os Temas 99 e 112, do Superior Tribunal de Justiça, relativos aos Recursos Especiais Repetitivos nºs 1102552/CE e 1110547/PE, respectivamente, entendendo que a taxa a que se refere o art. 406, do Código Civil deve ser a taxa referencial do Sistema Especial de de Liquidação e Custódia - SELIC. É vedada a incidência concomitante de outros índices, porquanto a referida taxa engloba tanto juros moratórios quanto correção monetária.

Acrescento, entretanto, que a partir de 01/10/2025 em diante, por força do art. 3º da EC 136/25, restaura-se a aplicação da sistemática de atualização vigente antes da EC 113/21, conforme teses jurídicas firmadas no julgamento dos Temas 810/STF e 905/STJ (IPCA-E e juros de poupança), sem prejuízo da aplicação posterior do que vier a ser decidido pela Corte Suprema no âmbito da ADI 7873.

2.3 Dano Estético a Milena

O dano estético é uma modalidade do dano moral que ocorre quando uma pessoa sofre alteração permanente ou de longa duração em sua aparência física, causando prejuízo à sua integridade psicofísica e afetando sua qualidade de vida. Esse tipo de dano pode decorrer de acidentes, erros médicos, agressões ou qualquer evento que cause deformidade, cicatrizes visíveis ou outras mudanças significativas na aparência.

Referido dano é reconhecido e indenizável com base nos mesmos artigos do Código Civil e da Constituição Federal, citados acima. Salientando que o Superior Tribunal de Justiça - STJ consolidou o entendimento de que o dano estético pode ser cumulado com o dano moral, conforme Súmula 387 do STJ, 'in verbis':

‘É lícita a cumulação das indenizações de dano estético e dano moral.’

E o dano estético, na hipótese dos autos, decorre do próprio estado vegetativo de Milena, condição irreversível e que culminou em seu óbito em 2023.

Assim, entendo como razoável, considerando todas as peculiaridades do caso concreto, fixar o valor dos danos estéticos em **R\$ 30.000,00**, igualmente a serem pagos ao filho Diego, único herdeiro de Milena.



Poder Judiciário
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO

O referido valor deverá ser acrescido de juros de mora de 1% ao mês a partir do evento danoso, conforme entendimento disposto na Súmula 54 do STJ, até a data do arbitramento da indenização, qual seja, a do proferimento do acórdão.

Quanto à correção monetária incidente, no que toca à responsabilidade extracontratual, é aplicável, a partir do arbitramento da indenização - Súmula 362 do STJ -, a Taxa SELIC, de acordo com as teses oriundas dos julgamentos a que se referem os Temas 99 e 112, do Superior Tribunal de Justiça, relativos aos Recursos Especiais Repetitivos nºs 1102552/CE e 1110547/PE, respectivamente, entendendo que a taxa a que se refere o art. 406, do Código Civil deve ser a taxa referencial do Sistema Especial de de Liquidação e Custódia - SELIC. É vedada a incidência concomitante de outros índices, porquanto a referida taxa engloba tanto juros moratórios quanto correção monetária.

Acrescento, entretanto, que a partir de 01/10/2025 em diante, por força do art. 3º da EC 136/25, restaura-se a aplicação da sistemática de atualização vigente antes da EC 113/21, conforme teses jurídicas firmadas no julgamento dos Temas 810/STF e 905/STJ (IPCA-E e juros de poupança), sem prejuízo da aplicação posterior do que vier a ser decidido pela Corte Suprema no âmbito da ADI 7873.

3. Sucumbência

Quanto à sucumbência, considerando o provimento do apelo da parte autora e em obediência aos termos do que dispõe o art. 85, §2º, II, do CPC, fixo os honorários advocatícios em 10% sobre o valor da condenação, considerando o trabalho do advogado da parte autora ao longo do processamento do feito, cujo ajuizamento data de 2011.

4. Dispositivo

Ante o exposto, voto por **dar provimento à apelação**, nos termos da fundamentação.

Documento eletrônico assinado por **CARLOS EDUARDO THOMPSON FLORES LENZ, Desembargador Federal**, na forma do artigo 1º, inciso III, da Lei 11.419, de 19 de dezembro de 2006 e Resolução TRF 4ª Região nº 17, de 26 de março de 2010. A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico <https://verificar.trf4.jus.br>, mediante o preenchimento do código verificador **40005295531v88** e do código CRC **9c4f31b4**.

Informações adicionais da assinatura:

Signatário (a): CARLOS EDUARDO THOMPSON FLORES LENZ

Data e Hora: 18/03/2026, às 13:34:01

5070944-03.2018.4.04.7100

40005295531.V88