



FACULDADE BAIANA DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

PEDRO LACERDA D'AFONSÊCA SANTANA

**O COMPLIANCE COMO INSTRUMENTO PARA REDUÇÃO
DE LITÍGIOS: UMA ANÁLISE DA FUNÇÃO DO INSTITUTO
EM HOSPITAIS PRIVADOS.**

Salvador
2025

PEDRO LACERDA D'AFONSÊCA SANTANA

**O COMPLIANCE COMO INSTRUMENTO PARA REDUÇÃO
DE LITÍGIOS: UMA ANÁLISE DA FUNÇÃO DO INSTITUTO
EM HOSPITAIS PRIVADOS.**

Monografia apresentada ao curso de graduação
em Direito, Faculdade Baiana de Direito, como
requisito parcial para obtenção do grau de
bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Me. Leonardo Vieira Santos

Salvador
2025

TERMO DE APROVAÇÃO

PEDRO LACERDA D'AFONSÊCA SANTANA

**O COMPLIANCE COMO INSTRUMENTO PARA REDUÇÃO
DE LITÍGIOS: UMA ANÁLISE DA FUNÇÃO DO INSTITUTO
EM HOSPITAIS PRIVADOS.**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em
Direito, Faculdade Baiana de Direito, pela seguinte banca examinadora:

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Salvador, ____ / ____ / 2025.

Aos meus pais, por todo amor e apoio de sempre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela força, sabedoria e discernimento concedidos, e por ter iluminado toda a minha trajetória acadêmica.

Aos meus pais, Eron e Anaurelia, pelo amor incondicional, por serem meus maiores incentivadores desde sempre, sendo os pilares fundamentais de cada conquista minha.

Ao meu avô Mario, por ter sido sempre um exemplo de determinação e por me ensinar que a honestidade e o trabalho duro constroem caráter.

À minha dinda Claudia, minha segunda mãe, por sempre ter me incentivado a cursar Direito e pelo apoio em todos os momentos.

À Laura, minha namorada, pelo amor, paciência e compreensão durante todo este período, sempre sendo fonte de apoio e incentivo.

Ao meu amigo, Ricardo Balazeiro, um verdadeiro irmão durante toda essa trajetória, pelo apoio e companheirismo, tornando mais leve essa jornada acadêmica.

A Leonardo Vieira, meu professor e orientador, por todo o apoio, dedicação e paciência na construção deste trabalho, contribuindo decisivamente para meu desenvolvimento acadêmico.

Ao Dr. José Abelardo Garcia de Meneses, pela atenção e disponibilidade, cujos ensinamentos foram de valor inestimável para a construção desta monografia.

À minha família, base fundamental que levo comigo para sempre, pelo apoio de sempre.

Aos meus amigos do grupo que carinhosamente chamamos de CDC, pelos momentos de descontração e pelo apoio constante.

A todos os amigos que participaram desses anos de graduação, por todo o apoio prestado.

“O Direito Médico Preventivo é a grande arte de eliminar pontos cegos”.

Oswaldo Simonelli.

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo investigar a relevância e a eficácia da implementação de programas de *Compliance* no ambiente hospitalar, analisando seu papel estratégico na prevenção de litígios por responsabilidade civil hospitalar e na consequente redução da judicialização da saúde no Brasil. Com o panorama contemporâneo de crescente demanda por serviços de saúde e a complexidade inerente à gestão hospitalar, observa-se um aumento nos litígios que envolvem a responsabilidade civil das instituições hospitalares privadas. Neste contexto, a pesquisa busca demonstrar como um sistema de *Compliance* adequado pode consolidar uma cultura organizacional pautada na ética, na conformidade legal, na prevenção de condutas danosas, fortalecendo a relação de confiança e reduzindo o risco de falhas assistenciais. A metodologia adotada é de natureza qualitativa e analítica e utiliza-se o método hipotético-dedutivo, propondo, inicialmente a análise da origem do *Compliance* e seus atributos, passando para o estudo da responsabilidade civil hospitalar e suas peculiaridades, propondo, ao fim, hipóteses sobre a interconexão entre as práticas de *Compliance*, a gestão de riscos e a responsabilidade civil dos hospitais. O embasamento teórico-jurídico abrange os princípios fundamentais do *Compliance* e da governança corporativa, as nuances da responsabilidade civil hospitalar (sob suas vertentes objetiva e subjetiva), a importância do consentimento livre e esclarecido, a aplicação dos protocolos de cirurgia segura e os possíveis reflexos da adoção desses procedimentos em eventuais demandas judiciais. As bases normativas utilizadas incluem o CC/02, o Código de Defesa do Consumidor, a Lei 12.846/2013 e, sob o aspecto administrativo, o Código de Ética Médica, assim como precedentes jurisprudenciais que orientam a conduta no setor da saúde. Os resultados da pesquisa indicam que a efetivação de um programa de *Compliance* robusto no contexto hospitalar contribui para a identificação proativa de riscos, a padronização de processos, a capacitação contínua dos colaboradores e a promoção de uma cultura organizacional que prioriza a segurança e o bem-estar dos pacientes e profissionais de saúde. Esse trabalho contribui para o aprofundamento da compreensão sobre os benefícios jurídicos, éticos e gerenciais da aplicação do *Compliance* no setor hospitalar, oferecendo subsídios para a construção de ambientes de saúde voltados à segurança e, conseqüentemente, prevenção de eventuais danos aos pacientes.

Palavras-chave: *Compliance*. Responsabilidade Civil Hospitalar. Judicialização da saúde. Prevenção.

ABSTRACT

This study aims to investigate the relevance and effectiveness of implementing *Compliance* programs in hospital environments, analyzing their strategic role in preventing civil liability and consequently reducing healthcare judicialization in Brazil. Given the contemporary scenario of increasing demand for healthcare services and the inherent complexity of hospital management, there has been an increase in litigation involving civil liability of private hospital institutions. In this context, the research seeks to demonstrate how an adequate *Compliance* system can consolidate an organizational culture based on ethics, legal conformity, and prevention of harmful conduct, strengthening trust relationships and reducing the risk of care failures. The methodology adopted is qualitative and analytical in nature, using the hypothetical-deductive method, initially proposing an analysis of *Compliance* origins and attributes, proceeding to study hospital civil liability and the peculiarities and finally proposing hypotheses about the interconnection between *Compliance* practices, risk management, and hospital civil liability. The theoretical-legal foundation encompasses fundamental principles of *Compliance* and corporate Governance, nuances of hospital civil liability (in its objective and subjective aspects), the importance of free and informed consent, application of safe surgery protocols and possible effects of adopting these procedures in potential legal demands. The normative bases used include Civil Code of 2002, Consumer Defense Code, Law 12.846/2013, and from an administrative perspective, the Medical Ethics code, as well as jurisprudential precedents that guide conduct in the healthcare sector. Research results indicate that implementing a robust *Compliance* program in hospital contexts contributes to proactive risk identification process standardizations, continuous staff training, and promotion of an organizational culture that prioritizes safety and well-being of patients and healthcare professionals. This work contributes to deepening understanding of legal, ethical, and managerial benefits of applying *Compliance* in the hospital sector, offering support for Building healthcare environments focused on safety and, consequently, preventing potential patient harm.

Keywords: *Compliance*. Hospital Civil Liability. Health Judicialization. Prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANAHP	Associação Nacional dos Hospitais Privados
art.	Artigo
BACEN	Banco Central do Brasil
CC/2002	Código Civil
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CEM	Código de Ética Médica
CF/1988	Constituição Federal da República
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGU	Controladoria Geral da União
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
EResp	Embargos de Divergência em Recurso Especial
FCPA	<i>Foreign Corrupt Practices Act</i>
IBGC	Instituto Brasileiro de Governança Corporativa
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Resp	Recurso Especial
STJ	Superior Tribunal de Justiça
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
§	Parágrafo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 O COMPLIANCE	15
2.1. A ORIGEM HISTÓRICA DO COMPLIANCE E SUA DEFINIÇÃO	16
2.2. GOVERNANÇA CORPORATIVA E COMPLIANCE	20
2.3. A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE COMPLIANCE	22
2.4. O COMPLIANCE OFFICER	28
3 RESPONSABILIDADE CIVIL HOSPITALAR	32
3.1. NOÇÕES INTRODUTÓRIAS SOBRE O CONCEITO DE HOSPITAL E SUAS PECULIARIDADES	32
3.2. RESPONSABILIDADE CIVIL HOSPITALAR E SEUS PRESSUPOSTOS	34
3.3. A ADOÇÃO DA TEORIA OBJETIVA QUANTO AO DEVER DE HOSPEDAGEM	41
3.4. A ADOÇÃO DA TEORIA SUBJETIVA QUANTO AO DEVER DE ASSISTÊNCIA MÉDICA	43
3.5. ANÁLISE DE DADOS A RESPEITO DO AUMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE	52
4 O COMPLIANCE E A REDUÇÃO DOS LITÍGIOS POR RESPONSABILIDADE CIVIL HOSPITALAR	56
4.1. A ANÁLISE ECONÔMICA DA PREVENÇÃO E O COMPLIANCE HOSPITALAR	57
4.2. O COMPLIANCE COMO MEIO DE PREVENÇÃO DE DEMANDAS HOSPITALARES	60
4.3. O COMPLIANCE X MEDICINA DEFENSIVA	64
4.4. O PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA E O COMPLIANCE	68
4.5. O CONSENTIMENTO ESCLARECIDO E O COMPLIANCE	74
5 CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS	83

1 INTRODUÇÃO

O debate acerca do instituto do *Compliance* ganhou força nos últimos tempos com os escândalos envolvendo esquemas de corrupção no Brasil, de modo que, cada vez mais, busca-se implementar esse instituto dentro das empresas e com os hospitais privados não foi diferente.

Paralelamente a esse fator, o setor de saúde no Brasil tem experimentado transformações significativas nas últimas décadas, impulsionadas por mudanças regulatórias, avanços tecnológicos e crescentes demandas por qualidade e transparência nos serviços prestados. Neste contexto, os hospitais privados enfrentam um ambiente cada vez mais complexo e desafiador, caracterizado por rigorosos marcos regulatórios, expectativas elevadas dos pacientes e uma crescente exposição a riscos legais.

A multiplicidade de normas aplicáveis ao setor hospitalar, que abrangem desde questões sanitárias até aspectos penais, administrativos e trabalhistas, cria um cenário propício ao surgimento de inconformidades que podem resultar em litígios excessivamente onerosos e prejudiciais às instituições hospitalares.

Além disso, o advento das demandas de responsabilidade civil contra médicos e hospitais, fez surgir um incômodo a respeito da real aplicação dos procedimentos internos, referentes às exigências de observância aos códigos de conduta e normas internas, e o efetivo cumprimento desses procedimentos por parte dos profissionais de saúde e hospitais, que por sua vez, em grande parte das ocasiões, desconsideravam os protocolos e acabavam pecando pela desatenção.

A responsabilidade civil médica trata justamente sobre a relação entre paciente-médico; hospital-paciente; médico-hospital, dentre outras relações que dizem respeito à área da saúde.

Com as discussões sobre a responsabilidade civil médico-hospitalar subjetiva ou objetiva em relação aos seus pacientes, bem como o debate sobre a obrigação de meio ou de resultado assumida perante seus enfermos, aumentou ainda mais a incidência de litígios contra os médicos e hospitais, tendo em vista a tendência a reconhecer a relação como sendo de consumo.

Além disso, o desenvolvimento da medicina e dos hospitais (principalmente os privados), fez com que surgisse a discussão a respeito dos códigos de conduta internos que serviriam como norte para disciplinar a atuação dos integrantes do hospital, tanto no âmbito interno (comportamento como profissionais) quanto no âmbito externo (comportamento com seus pacientes).

Diante desta realidade, o *Compliance* emerge como uma ferramenta estratégica fundamental para a gestão eficaz de riscos e a prevenção de conflitos judiciais. Assim, no contexto hospitalar, este mecanismo assume particular relevância devido à natureza sensível dos serviços prestados, que envolvem diretamente a vida e a dignidade humana, além da complexidade regulatória que é peculiar do setor da saúde.

A implementação de Programas de *Compliance* em hospitais privados não apresenta apenas uma medida preventiva contra sanções regulatórias, mas constitui uma abordagem proativa para a identificação, avaliação e mitigação de riscos operacionais, legais e reputacionais. Estes programas abrangem as dimensões da atividade hospitalar, incluindo conformidade com normas sanitárias, observância das regulamentações existentes sobre medicamentos e equipamentos médicos, além da adesão a padrões éticos e de transparência em relação aos seus pacientes, profissionais da saúde e órgãos reguladores.

A relevância deste instituto revela-se ainda mais evidente ao analisar o crescimento exponencial dos litígios envolvendo instituições privadas de saúde no Brasil. Isso porque, os próprios dados do Conselho Nacional de Justiça indicam um aumento substancial no número de ações judiciais contra hospitais nas últimas décadas, envolvendo questões com pedidos indenizatórios cada vez maiores, criando um cenário de insegurança constante entre os profissionais de saúde e as instituições privadas de saúde.

Essa realidade massiva de litígios impõe custos significativos às instituições hospitalares, não apenas em termos financeiros diretos, como também em relação aos recursos humanos dedicados à gestão de processos judiciais e às indenizações vultuosas a que os hospitais são condenados a pagar, gerando um reflexo direto nos custos para tratamento médico e fornecimento de serviços para a sociedade.

A análise da função do *Compliance* como instrumento de redução de litígios em hospitais privados tem fundamental importância acadêmica e prática, considerando a escassez de estudos específicos sobre esta temática no cenário nacional. Isso se

deve ao fato de que, a realidade regulatória e judicial brasileira apresenta peculiaridades que demandam investigação específica, pois o arcabouço normativo, caracterizado pela frequente evolução das regras aplicáveis ao setor da saúde e a constante discussão doutrinária acerca da responsabilização civil dos hospitais privados, cria desafios únicos para a implementação correta de programas de *Compliance*.

Com o Programa de Conformidade, muito embora haja ações aventureiras, pode-se dizer que muitas vidas têm sido perdidas ou prejudicadas por danos que poderiam ser evitados, evidenciando a necessidade de mecanismos institucionais voltados à prevenção de condutas nocivas.

Do ponto de vista metodológico, a pesquisa vai contemplar uma análise tanto da dimensão normativa do *Compliance*, examinando o arcabouço regulatório aplicável aos hospitais privados, quanto sua dimensão prática, expondo as ferramentas utilizadas pelas instituições para implementar e manter os Programas de *Compliance*. O presente trabalho tem como objetivo responder o questionamento acerca da real efetividade de um Programa de *Compliance* para reduzir os litígios por responsabilidade civil hospitalar dentro de uma instituição de saúde privada, através de seus mecanismos de prevenção e monitoramento.

No primeiro capítulo, apresenta-se a fundamentação teórica sobre o *Compliance*, abordando o seu contexto histórico no cenário internacional e como os escândalos de corrupção vivenciados no Brasil influenciaram para os seus primeiros passos no país, passando pela análise da relação entre a governança corporativa, elemento essencial à manutenção e gestão de uma empresa, e o *Compliance*. Apresenta-se quais são os aspectos essenciais para a implementação de um programa de *Compliance*, trazendo a lume todas as instâncias que devem ser observadas para a correta instalação deste mecanismo e quais as estratégias para a sua perpetuação dentro de uma empresa e, por fim, o estudo a respeito da função de um *Compliance Officer* para o funcionamento do programa como um todo.

No segundo capítulo, examina-se a responsabilidade civil hospitalar, apresentando as noções introdutórias sobre o conceito de hospital, a sua função social e as suas peculiaridades, seguindo para a análise da responsabilidade civil dos hospitais e seus pressupostos. Trata-se sobre a adoção da teoria objetiva quanto ao dever de hospedagem e a teoria subjetiva sobre o dever de assistência médica, tópico que gera um grande debate na doutrina e jurisprudência, por não haver um consenso sobre a

responsabilização objetiva ou subjetiva dos hospitais privados, finalizando com a análise de dados sobre a crescente judicialização no âmbito médico-hospitalar, revelando o aumento exponencial de demandas hospitalares, refletindo em uma grande insegurança jurídica no cenário da saúde.

No terceiro capítulo, desenvolve-se a análise central do presente trabalho, expondo o motivo pelo qual os programas de *Compliance* são essenciais à manutenção de um hospital privado, sendo peça chave para a redução de litígios. Neste capítulo, o aprofundamento sobre as distinções entre a medicina defensiva, muito criticada pela sociedade como um todo, e o *Compliance*, fazendo uma relação deste instituto com a medicina preventiva e a função preventiva da responsabilidade civil, amplamente aceita pela doutrina e, inquestionavelmente, mais proveitosa para o cenário médico-hospitalar. Propõe-se ainda, uma análise sobre o Protocolo de Cirurgia Segura e o *Compliance* como aliados na prevenção de demandas judiciais, expondo os desafios e soluções para a implementação correta dos programas de *Compliance* dentro dos hospitais privados. Por fim, apresenta uma análise da relação entre o Consentimento Esclarecido e o *Compliance*, ressaltando a importância deste programa no cumprimento do dever de obtenção adequada do consentimento livre e esclarecido dos pacientes pelos médicos, auxiliando na redução de demandas judiciais por responsabilidade civil hospitalar.

Dessa forma, um programa de *Compliance* adequadamente estruturado e implementado em instituições hospitalares privadas transcende a mera conformidade regulatória, constituindo-se como um mecanismo fundamental de proteção à vida humana e prevenção de danos aos pacientes, contribuindo para um sistema de saúde mais seguro, eficiente e humanizado, onde a preservação da vida e a qualidade do cuidado aos pacientes representam pilares fundamentais da prática profissional.

2 O COMPLIANCE

No ambiente corporativo, o *Compliance* evoluiu para abranger um conjunto de práticas e políticas destinadas a assegurar que a organização e seus colaboradores atuem em conformidade com os marcos legais, regulatórios e éticos que norteiam a sua atividade. Diante da realidade cada vez mais complexa e exigente do cenário empresarial moderno, os Programas de Conformidade surgem como uma alternativa extremamente acertada e eficaz para melhorar a gestão empresarial, possuindo um leque extenso de abrangência dentro das instituições.

Contudo, em que pese a existência de um amplo leque a ser exposto, o tema relacionado ao *Compliance* será perfeitamente delimitado no presente trabalho, evitando qualquer tipo de distorção.

Inicialmente, é importante compreender que a sua aplicação remete à necessidade de gestão de riscos, bem como à noção de governança corporativa, que nada mais é do que um sistema pelo qual as empresas são dirigidas, monitoradas e incentivadas, tendo como principal objetivo a manutenção das boas práticas dentro de uma organização (Catran; Crespo, 2018, p. 174). Todavia, este tema será tratado mais detidamente no tópico 2.3.

Ao longo dos tempos, o *Compliance* vem se mostrando como um pilar vital para as empresas que desejam possuir altos valores, não somente financeiros, mas valores éticos dentro de uma sociedade que tem convivido com a corrupção, sendo vinculado, em determinados momentos, à Lei 12.846/13, conhecida como a Lei Anticorrupção (Knoepke, 2019, p. 8).

Ainda que a origem do *Compliance* remeta ao direito empresarial e a atos de governança e administração, o conceito e sua aplicação sofreram uma considerável ampliação, restando evidente que a necessidade de fiscalização, auditoria, treinamento e boas práticas se estendia a todos os setores, deixando de lado questões meramente relacionadas à corrupção e os mecanismos para combatê-la, passando, inclusive, para uma perspectiva social dos padrões de conformidade, sendo, indiscutivelmente um instituto multifacetado (Catran; Crespo, 2018, p. 178).

Dessa forma, em que pese o seu crescimento exponencial, faz-se necessário apresentar as noções sobre a origem histórica e o conceito de *Compliance*, sendo indispensável a compreensão dos seus objetivos e de sua importância para a

sociedade contemporânea, uma vez que se faz cada vez mais presente nas mais diversas instituições.

2.1 A origem histórica do *Compliance* e sua definição

Com origem no verbo inglês “*to comply*”, que significa “estar de acordo com uma regra, uma instrução ou a pedido de alguém”, o *Compliance* nada mais é do que um sistema que auxilia a organização e direção de empresas, de modo que as condutas praticadas por estas estejam sempre em consonância com as diretrizes internas, regulando o comportamento ético exercendo um papel de suma importância para o bom andamento das empresas (Leal, 2018, p.6).

Não se pode confundir este instituto com o mero cumprimento de regras formais e informais, tendo em vista que o seu alcance é bem mais amplo, tratando-se de um conjunto de regras, padrões e procedimentos éticos e legais que, quando devidamente implantado, servirá de norte para orientar o comportamento da empresa perante a sociedade (Ribeiro; Diniz, 2015, p. 89).

O *Compliance* envolve questão estratégica, sendo aplicado a todos os tipos de organização, uma vez que a tendência do mercado está cada vez mais direcionada a exigir condutas em conformidade com a lei e com os padrões éticos, a fim de que haja uma consolidação do comportamento por parte das empresas, que, por sua vez, devem buscar sim a lucratividade, mas de forma sustentável, objetivando o desenvolvimento econômico e socioambiental na condução dos seus negócios (Ribeiro; Diniz, 2015, p. 88).

Embora o conceito de *Compliance* tradicionalmente se baseie na conformidade com leis e princípios éticos, as transformações sociais contemporâneas expandiram essa perspectiva para além de sua definição original. Atualmente, o *Compliance* incorpora uma dimensão mais ampla, abrangendo valores fundamentais, direitos humanos e responsabilidade social (Felipe, 2022, p. 20).

A noção de *Compliance* surgiu por influência da legislação norte-americana, com a criação da “*Prudential Securities*”, em 1950, e com a regulação da “*Securities Exchange Commission*” de 1960, que defendia a ideia de institucionalizar os

“Programas de *Compliance*”, com o intuito de criar procedimentos internos de controle e monitoramento das operações (Oliveira, 2024, p.3).

A discussão acerca do surgimento do *Compliance* no mundo ainda é muito frequente, não havendo uma unanimidade em todos os pontos sobre a sua origem, contudo, serão expostas no presente trabalho as noções encontradas como referência entre a doutrina majoritária.

Há autores, como Danilo Leme Crespo (2018, p. 174) que defendem que a ideia de Programas de *Compliance* surgiu nos Estados Unidos, na virada para o século XX, quando as agências de regulação americanas começaram a surgir. Além disso, afirmam que em 1906, houve a criação do *Food and Drug Administration*, que é uma agência reguladora federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos, responsável pelos cuidados da saúde pública dos Estados Unidos, e a promulgação do *Food and Drugs Act* (Lei de Medicamentos e Alimentos), surgindo, assim, um dos primeiros modelos de centralização da fiscalização da saúde alimentar e do comércio de medicamentos.

No entanto, as instituições financeiras tiveram papel imprescindível para o avanço do *Compliance*, já que no ano de 1913 foi criado o *Federal Reserve System* (algo como o Banco Central dos Estados Unidos), com o objetivo de dar estabilidade e segurança ao sistema financeiro dos Estados Unidos, garantindo que não houvesse irregularidades em seu funcionamento (Crespo, 2018, p. 174).

Para Colares (2014, p 60), apenas em 1940 começaram a surgir os primeiros exemplos de mecanismos de regras, procedimentos e instituições para regulamentar a política econômica internacional, o chamado Acordo de *Bretton Woods*. Neste acordo foi criado o BIRD (Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento), posteriormente dando origem ao Banco Mundial e o FMI (Fundo Monetário Internacional). Além disso, o acordo criou a obrigação entre os países signatários de implementação e conservação de políticas monetárias para manter suas moedas dentro de um patamar de taxa de câmbio acordada entre os integrantes, sendo sucedido pelo Comitê da Basileia em 1971, protegendo o sistema financeiro e estabelecendo boas práticas financeiras.

Já na década de 1960, a Comissão de Valores Imobiliários Norte-Americana começou a incentivar as práticas para evitar fraudes, treinar os agentes envolvidos e, assim, evitar riscos significativos para o mercado (Redecker; Pacheco, 2023, p. 72).

Paralelamente aos acontecimentos nos Estados Unidos, na Organização das Nações Unidas (ONU) foram iniciados os debates acerca do combate à corrupção empresarial. Em agosto de 1974, o Conselho Econômico e Social da ONU (ECOSOC) expediu a Resolução n. 1.908, determinando a criação do Centro de Estudos das Nações Unidas sobre Empresas Transnacionais, tendo como objetivo principal o desenvolvimento de um Código de Conduta para Corporações Transnacionais (Pereira, 2019, p. 21).

Ainda nos Estados Unidos, em 1977, foi promulgado o *Foreign Corrupt Practices Act* (FCPA), que é lei anticorrupção transnacional norte-americana, objetivando combater o suborno a funcionários públicos estrangeiros, obrigando as empresas que possuem capital aberto a instituir registros contábeis verossímeis e controles internos devidamente implementados (Crespo, 2018, p. 175).

O surgimento do FCPA representou um avanço normativo significativo no que diz respeito ao enfrentamento das práticas corruptas, visando aprimorar os procedimentos de gestão empresarial. No entanto, a internalização dos princípios de conformidade não ocorreu de forma instantânea, sendo necessários mais alguns anos e, com isso, mais alguns escândalos envolvendo a corrupção no governo para que novas diretrizes fossem adotadas.

Enquanto isso, no Brasil, na década de 1990, o mercado começava sua abertura comercial e, com isso, as pressões para alinhamento aos padrões de competitividade e transparência mundiais se intensificaram, sobretudo no que diz respeito aos órgãos reguladores internacionais BIS (*Bank for International Settlements*), o Banco de Compensações Internacionais, e o SEC (*Securities and Exchange Commission*), conhecida como a Comissão de Valores Mobiliários Americana (Colares, 2014, p.61).

Com a progressiva intensificação do processo de globalização, os fatores de risco associados às operações empresariais acompanharam o rápido crescimento, tornando imprescindível a identificação e implementação de mecanismos destinados a prevenir práticas corruptas e demais condutas potencialmente lesivas ao interesse coletivo (Silveira; Jorge 2019, p. 4).

No Brasil, as discussões acerca do Compliance se tornaram mais pujantes a partir da Lei 12.846/2013, conhecida como Lei Anticorrupção, que versa sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos em desfavor à administração pública, nacional ou estrangeira (Crespo 2018, p. 177).

Acompanhando a evolução dos acontecimentos, a necessidade de implementar o *Compliance* na sociedade se fez mais presente a partir da ampla repercussão da Operação Lava Jato, que surtiu grande impacto nacional, escancarando esquemas de corrupção dentro da administração pública para favorecer determinadas empresas (Pereira, 2019, p. 17).

Contudo, para Fabiano Catran e Danilo Leme Crespo (2018, p. 13), antes mesmo diante da grande repercussão do episódio trágico na história nacional, já haviam sido editados os seguintes decretos: (i) o Decreto 3.678/2000 (combate da corrupção de Funcionários Públicos Estrangeiros em Transações Comerciais Internacionais); (ii) o Decreto 4.410/2002 (Convenção Interamericana contra a corrupção); (iii) o Decreto 5.687/2006 (Convenção das Nações Unidas contra a Corrupção).

A Lei 12.846/2013 estabelece em seu artigo 7º, inciso VIII¹, a exigência da implementação de mecanismos e procedimentos internos voltados à integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades e aplicação efetiva dos códigos de ética e de conduta nas empresas, o que remete, de pronto, à noção de um programa de *Compliance* efetivo (Silveira; Jorge, 2019, p. 5).

Contudo, em que pese a referida Lei tenha conferido uma maior notoriedade à discussão acerca do *Compliance* no Brasil, Catran; Crespo (2018, p. 177) afirmam que, em 1988, já havia uma legislação importante para o *Compliance*, sobretudo no que diz respeito ao *Compliance* criminal, com o advento da Lei 9.613/1998 (atualizada em boa parte pela Lei 12.683/2012), também conhecida como a Lei de Combate aos Crimes de Lavagem de Dinheiro, cabendo ressaltar que, em que pese sua relevância para o Direito Penal, foi responsável pela criação do Conselho de Controle de Atividades Financeiras (COAF).

Além dessa Lei, a publicação da Resolução 2.554/1998, hoje revogada, do Banco Central do Brasil (BACEN), seguiu as tendências mundiais introduzindo ao

¹ Art. 7º Serão levados em consideração na aplicação das sanções:

VIII - a existência de mecanismos e procedimentos internos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades e a aplicação efetiva de códigos de ética e de conduta no âmbito da pessoa jurídica;

ordenamento jurídico pátrio as regras trazidas da Europa pelo *Basel Committee on Banking Supervision (BCBS)* – Comitê da Basileia para Supervisão Bancária, assim como trouxe referências da já mencionada *Security and Exchange Commission (SEC)*, obrigando as instituições autorizadas a funcionar pelo BACEN com a inclusão de controles internos voltados às atividades desenvolvidas por elas (Crespo, 2018, p.177).

A cultura de *Compliance* consolidou-se no Brasil em decorrência dos eventos acima mencionados, contudo, naturalmente, muitas organizações já tinham um programa de *Compliance* implementado, especialmente devido à sua natureza internacional. No entanto, uma ampla mobilização para divulgação, pesquisas e visibilidade midiática só se concretizou em 2013, ainda assim, em um panorama no qual o combate à corrupção era o foco central (Crespo, 2018, p. 178).

Ainda no Brasil, notadamente era raro – como ainda é - falar sobre *Compliance*, ainda mais sobre as suas demais facetas (*Compliance* tributário, trabalhista etc.), o que chama a atenção tendo em vista a constante evolução do tema, que dificilmente irá se limitar a conceitos pragmáticos e aplicações engessadas.

2.2 A Governança Corporativa e o *Compliance*

Com a finalidade de resguardar os investidores contra excessos de autoridade por parte da cúpula das corporações, em virtude do desenvolvimento global da economia e da estruturação organizacional empresarial, surgiu a demanda por regulamentações que delimitassem as funções das organizações, particularmente no que diz respeito à abertura do mercado para investimentos estrangeiros.

Surge, então, a ideia de Governança Corporativa, que, segundo o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (2015, p. 20), nada mais é do que um conjunto de mecanismos pelos quais as corporações e demais instituições são conduzidas, supervisionadas e estimuladas, abrangendo as relações entre acionistas, conselho administrativo, alta gestão, entidades fiscalizadoras e demais grupos de interesse. As boas práticas de Governança Corporativa transformam fundamentos essenciais em diretrizes concretas, alinhando interesses com a finalidade de preservação e melhoria do valor econômico da instituição a longo prazo, propiciando seu ingresso ao capital e colaborando para a excelência administrativa da organização, sua longevidade e o bem comum.

As discussões a respeito da Governança Corporativa começaram, ainda que de forma incipiente, nos Estados Unidos, em 1932, com a publicação do artigo *The Modern Corporation and Private Property*, ou “A Corporação Moderna e a Propriedade Privada”. Contudo, é apenas na metade da década de 1980, graças ao ativismo de Robert Monks, que se mostrava inconformado com a inércia dos investidores e com as condutas oportunistas dos diretores executivos, que se observa uma renovada estruturação da Governança Corporativa nos Estados Unidos, obtendo resultados referentes à revelação de desvios nas práticas corporativas (Pereira, 2019, p. 28).

Na Europa, as discussões acerca da governança corporativa crescem a partir do Relatório de *Cadbury*, elaborado por um comitê constituído em 1992, na Inglaterra, tendo como anexo o projeto de Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa, voltado para definir as responsabilidades de conselheiros e executivos, visando à proteção responsável de contas e transparência, em atenção aos interesses legítimos dos acionistas, criando a noção de boas práticas de Governança Corporativa (Cruz, 2024, p. 441).

Com os eventos de fraudes, corrupção e similares crescendo cada vez mais, como também pela necessidade de uma boa gestão dentro das sociedades empresariais, a Governança Corporativa surge como instituto regulador do controle de condutas dentro das empresas. Isso se deve ao fato também de que, a repercussão de um sistema falho de governança corporativa traz, sem dúvidas, prejuízos à sua imagem e ao seu patrimônio.

No Brasil, o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC), fundado no ano de 1995, é a referência sobre o assunto, tendo como norte o seu Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa, publicando sempre recomendações para uma boa gestão empresarial aliada à prática de boas condutas voltadas ao setor de governança corporativa.

Dentro da noção de Governança Corporativa entra também a noção de gestão de riscos, ponto central do programa de *Compliance*, que deverá conhecer os riscos internos e externos a que a empresa está submetida e, assim, criar métodos para se prevenir (Felipe, 2022, p.111).

Percebe-se a importância da governança corporativa a partir do momento em que, aplicado em conjunto com o Programa de *Compliance*, auxilia na condução mais efetiva do programa, norteando – através dos seus princípios – a conduta dos gestores

e responsáveis pelo funcionamento e pela manutenção do programa interno de Compliance (IBGC, 2017, p. 20).

Em que pesem as discussões a respeito de governança corporativa não sejam recentes, durante todo esse tempo ocorreram inúmeras mudanças no cenário de governança, decorrentes não apenas de uma maior fiscalização ou regulamentação estatal, mas também da comprovação de que a prática de governança tem ligação direta no valor agregado à empresa e a manutenção da sua reputação perante o mercado (Carvalhaes; Mendonça, 2018, p. 293).

Essa questão é altamente relevante, principalmente no que se refere às empresas mais sensíveis às exigências do mercado de agregar à qualidade e preço do produto ou serviço critérios organizacionais, ambientais e sociais mais cautelosos (Carvalhaes; Mendonça, 2018, p.293).

Há nisso um grande desafio, uma vez que, para as empresas, adequar a busca por eficiência e resultado sem que isso reflita em uma conduta desequilibrada voltada apenas à busca pelo lucro, deixando de lado o caráter moral, ético e social, torna cada vez maior a expectativa social criada pela atividade empresarial, o que leva muitas empresas a repensarem sua adequação às boas práticas de governança corporativa (Carvalhaes; Mendonça, 2018, p. 294).

Evidencia-se, então, a ligação entre o compliance e as boas práticas de Governança Corporativa, de modo que, conforme o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (2017, p. 31), um não deve operar sem observar a existência do outro, sendo essencial que se complementem no que for necessário para uma boa manutenção da integridade da empresa.

2.3 A implementação do Programa de *Compliance*

O Programa de *Compliance* é um tema que não se esgota com facilidade e enfrenta constantes evoluções no que diz respeito à sua aplicação. Contudo, pode-se afirmar que ele se tornou instrumento inseparável das empresas que prezam pela integridade e ética, pois é a partir dele que a manutenção das diretrizes da organização será efetivada.

O Instituto Nacional de Tecnologia da Informação (2018, p. 4) defende que é imprescindível estabelecer a distinção entre *Compliance* e Integridade. Isso porque, em que pese a similaridade entre seus conceitos, ao adentrar no assunto pode haver certa confusão entre Programas de Integridade, estes com previsão legal específica, e os Programas de *Compliance*, voltado ao cumprimento de regras e leis, sendo a Integridade apenas uma parte do seu sistema, comprovando que este é um sistema que abarca uma diversidade de variantes.

O Decreto n. 11.129, de 11 de julho de 2022 estabelece, em seu art. 56², *caput*, o conceito do que se entende por Programa de Integridade, trazendo em seus incisos I e II os objetivos deste programa, complementando, em seu parágrafo único quais seriam as causas dos riscos para a integridade.

Particularmente, da interpretação do conceito apresentado pelo Decreto supramencionado e o conceito a seguir exposto do que seria o Programa de *Compliance*, tem-se uma noção de ambos os conceitos em muito se assemelham podendo ser interpretados como se fossem um só, uma vez que em muitas vezes se complementam.

Ana Maria Roux Valentini Coelho Cesar e Danielle Cristine da Silva Levorato, (2018, p. 359) afirmam que o Programa de *Compliance* atua como se fosse um membro à parte dos institutos reguladores internos da empresa, procurando manter a boa imagem, a reputação e os respeito às normas e os limites estabelecidos, buscando estar em conformidade. Destaque-se que nesses programas estar em conformidade não significa apenas observar aos ditames legais, mas sim à forma ética com que a organização conduz com os componentes externos (ex.: fornecedores, sociedade etc.) e internos (ex.: funcionários).

A visão de Andrade (2018, p. 335) ressoa no mesmo sentido, uma vez que conclui que o programa de *Compliance* deve atender às funções, necessidades e

² Art. 56. Para fins do disposto neste Decreto, programa de integridade consiste, no âmbito de uma pessoa jurídica, no conjunto de mecanismos e procedimentos internos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades e na aplicação efetiva de códigos de ética e de conduta, políticas e diretrizes, com objetivo de:

I - prevenir, detectar e sanar desvios, fraudes, irregularidades e atos ilícitos praticados contra a administração pública, nacional ou estrangeira; e
II - fomentar e manter uma cultura de integridade no ambiente organizacional.

Parágrafo único. O programa de integridade deve ser estruturado, aplicado e atualizado de acordo com as características e os riscos atuais das atividades de cada pessoa jurídica, a qual, por sua vez, deve garantir o constante aprimoramento e a adaptação do referido programa, visando garantir sua efetividade.

responsabilidades da empresa, sempre observando especificamente a sua natureza, escala e complexidade do negócio, assim como deve ser dotado de autonomia e independência, uma vez que será de sua responsabilidade aplicar sanções desde a alta direção da empresa até os demais funcionários

Diante desta distinção, serão analisados no presente trabalho os programas de *Compliance* e integridade formando um só conjunto, tendo em vista que, apesar das distinções, um deve ser aplicado em observância aos mandamentos do outro, estabelecendo, assim, uma relação inseparável.

De acordo com Controladoria Geral da União (2015, p. 6), o programa de conformidade é um programa de *Compliance* específico para a prevenção, identificação e solução dos atos ilícitos previstos na Lei 12.846/2013.

O sistema de *Compliance* passa por todos os níveis de organização de uma empresa. Dessa forma, chama-se atenção para os cinco principais pilares/instâncias do Programa de Conformidade/*Compliance*, a fim de que seja esclarecido como se dá o seu funcionamento e quais as principais características desse mecanismo vital para as empresas.

Para Marcio Felipe (2022, p.140), antes de adentrar na análise dos pilares/instâncias do Programa de *Compliance*, faz-se necessário compreender três componentes indispensáveis: (i) a garantia de que todos os participantes tenham conhecimento da implementação do programa de conformidade; (ii) o esclarecimento sobre o funcionamento do programa e a sua finalidade, bem como o entendimento dos princípios que norteiam a sua manutenção; assim como (iii) os desdobramentos deste comportamento perante às normas que regulam o seu funcionamento.

Constituem os cinco principais pilares/instâncias do Programa de *Compliance*: o comprometimento e apoio da alta direção; a criação de uma instância responsável pela implementação e manutenção deste programa; a análise e perfil de riscos constante; a estruturação das regras e instrumentos; e as estratégias de monitoramento contínuo (Pereira, 2019, p. 36).

Para Soares (2020, p. 2), o comprometimento e apoio da alta direção, conhecido como “*tone at the top*”, sendo a primeira instância do Programa de *Compliance*, é fator determinante para a disseminação de uma cultura comportamental direcionada às práticas dentro do programa de conformidade, pois o exemplo dado aos outros funcionários através do cumprimento do Programa de *Compliance* desde os Diretores

mostra a seriedade e o respeito pela manutenção do programa de conformidade, devendo ser seguido e respeitado por todos.

Sabendo que as lideranças ocupam, naturalmente, uma posição de relevância dentro da empresa, acabam sendo o foco de atenção dos funcionários, pois muitas vezes são considerados como referências a serem seguidas. Dessa forma, não há mecanismo mais efetivo do que implementar o Programa de *Compliance* a partir da Diretoria e alta gestão da empresa (ITI, 2018, p. 9).

Em seu Guia de Integridade para empresas privadas, a Controladoria Geral da União (2015, p.80) dispõe que o comprometimento e apoio da alta direção com a integridade constitui o alicerce para estabelecimento de uma cultura institucional na qual colaboradores e parceiros externos verdadeiramente valorizem uma postura ética. Isso porque, um programa desta importância que não seja apoiado em sua totalidade pelos diretores e pela alta cúpula das empresas é, de início, fadado ao insucesso, sendo apenas superficial.

Para que haja uma evolução adequada do Programa de Integridade e *Compliance*, é imprescindível um setor de acompanhamento, monitoramento e gestão das ações e medidas de integridades que vão ser implementadas, devendo ser feito um estudo contínuo dos padrões de conformidade e do funcionamento de todos os setores da empresa (ITI, 2018, p. 10).

Tendo isso em vista, adentrando na segunda instância, este setor deverá ser implementado com a autonomia que lhe for necessária, para aplicar e criar o Programa de *Compliance* (Perruci, 2017, p. 64).

A autonomia da instância responsável pelo programa de integridade é um ponto fulcral para a manutenção do Programa de *Compliance*. Essa unidade deverá dispor de acesso irrestrito a todos os registros, documentos, iniciativas e indicadores da corporação, considerando que a finalidade do programa de conformidade será a antecipação e redução de vulnerabilidades que poderão ser identificadas mediante exame dos elementos coletados com a disponibilidade destes conteúdos (Pereira, 2019, p. 38).

Como consequência de um Programa de *Compliance* bem implementado, deve haver a garantia de que nenhum dirigente ou funcionário deixará de sofrer as sanções como punição pela prática de irregularidades dentro da empresa. Essa postura é essencial, pois traz a certeza de que as regras estão sendo aplicadas a todos os integrantes da

empresa, sendo uma forma de conferir uma maior segurança à organização como um todo (CGU, 2015, p. 22).

Em breve análise, Pereira (2019, p. 39), afirma que um Programa de *Compliance* deve ser norteado por uma contínua verificação, avaliação e identificação de riscos aos quais as empresas estarão suscetíveis. Tendo isso em mente, somente a partir da correta análise de vulnerabilidades será possível elaborar mecanismos para melhorar ou adaptar os controles já existentes de uma forma mais proveitosa.

A CGU (2015, p. 11) recomenda a análise de riscos periódica, uma vez que a mudança do cenário nacional proporciona uma alteração no comportamento e no surgimento de novos riscos. Isso porque, para além do exame do perfil institucional, a implementação de um Programa de Conformidade depende igualmente de um diagnóstico de vulnerabilidade que contemple as particularidades dos segmentos onde a organização opera. Essa avaliação deve ponderar principalmente a possibilidade de manifestação de condutas fraudulentas e corruptivas, especialmente vinculadas a contratos e a repercussão da conduta fraudulenta para a imagem da instituição. Com base nos riscos identificados, serão elaborados os mecanismos do Programa de Integridade.

Antes de prosseguir, ainda dentro da terceira instância, cabe refletir a respeito desta análise de riscos, apresentando o que o Instituto Nacional de Tecnologia da informação (2018, p. 11) entende por “risco de integridade e *Compliance*” como sendo vulnerabilidades organizacionais que certamente facilitarão momentos de enfraquecimento da integridade e do *Compliance* dentro das organizações, sendo o exemplo mais comum a corrupção dentro das empresas.

Partindo para a quarta instância, tem-se a estruturação do Programa de Conformidade. Essa é, sem sombra de dúvidas, uma das instâncias fundamentais, pois nela serão estabelecidos os mecanismos de identificação das irregularidades (*red flags*), serão estabelecidos os canais de denúncia, a divulgação efetiva do Programa, dentre outros métodos para implementação do Programa (Felipe, 2022, p.144).

Um Código de Conduta conhecido e reconhecido por toda a organização é um início, mas é necessário que as pessoas que estão sujeitas a esse código saibam realmente usá-lo para saber as melhores atitudes a serem tomadas no dia a dia. Dessa forma,

assim como a comunicação a respeito do Código de Conduta o treinamento e a capacitação dos envolvidos são imprescindíveis (Pereira,2019, p. 39).

Um Código de Ética/Conduta bem elaborado é uma ferramenta de comunicação poderosa para a empresa, uma vez que, através dele, ela poderá expor seus valores e as condutas que preceitua, delimitando seus valores éticos, mantendo sempre a comunicação com seus funcionários e com a sociedade. Para isso, é imprescindível que o código seja escrito em linguagem clara e concisa, sendo acessível aos diversos públicos da empresa e à sociedade, devendo ser atualizado periodicamente, tendo em vista as eventuais alterações legais ou regulatórias (CGU, 2015, p. 14).

Como complemento, o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) (2017, p.32) orienta a instalação de um canal de denúncias dentro da empresa, a fim de que seja possível identificar com maior exatidão as irregularidades constantes na organização, sendo voltados tanto ao público interno, quanto ao externo, demonstrando a seriedade da empresa com a verificação dos padrões de conduta expostos pelos órgãos regulamentadores. Para incentivar as denúncias, os canais deverão garantir o anonimato, o sigilo e a confidencialidade dos denunciantes, sendo evitado qualquer tipo de retaliação, conferindo aos denunciantes a liberdade de poder colaborar com a saúde da empresa sem que sejam expostos a qualquer tipo de risco seja em seu setor de atuação ou entre seus colegas de trabalho.

Por fim, na quinta instância, surge a noção de que deverá ser sempre realizado o monitoramento do efetivo cumprimento dos Programas de *Compliance* por parte da empresa, visando o crescimento através da detecção de falhas e atualização permanente dos mecanismos de conformidade, devendo ser perpetuado dentro da instituição (Perruci, 2017, p. 65).

O monitoramento e a análise de resultados são essenciais para garantir que o Programa de Compliance seja aplicado da maneira mais efetiva e tenha a sua manutenção garantida com um esforço conjunto de todos os envolvidos. Essa etapa, além de ser constante, envolve a avaliação e a observância aos procedimentos estabelecidos, bem como a correção dos resultados negativos que eventualmente sejam obtidos a partir da avaliação de dados obtidos periodicamente, levando ao ajuste de medidas que não tenham surtido efeito como o planejado pelo setor responsável (Pereira, 2019, p. 40).

A Controladoria Geral da União (CGU) (2015, p.24) ensina que, como forma de complementar o processo de monitoramento contínuo, a empresa poderá optar ainda pela realização de uma auditoria interna, para verificar se as medidas estabelecidas estão sendo realmente eficazes no combate às irregularidades, bem como para assegurar que elas estão em conformidade com as necessidades e particularidades da empresa podendo ser submetida a uma análise mais criteriosa.

O objetivo do programa de conformidade não é ser inquisitivo, nem muito menos condenar a todos sem motivo e de maneira arbitrária só para “mostrar que funciona”, mas sim permitir que todos os envolvidos na instituição entendam que as normas são para todos e devem ser cumpridas por todos, sem qualquer exceção (Felipe, 2022, p. 177)

A partir da análise da implementação do Programa de *Compliance* adequado, é possível afirmar que este deve funcionar como uma estrutura orgânica, sem engessamento de condutas, que somente surtirá efeito se estiver em consonância com os seus pilares/instâncias, devendo um sempre complementar o outro. Nada impede, inclusive, que esses mecanismos de implementação sejam revistos, pois há a possibilidade de mudança do cenário de risco da empresa, exigindo uma postura diferente da adotada anteriormente.

2.4 O *Compliance Officer*

A consolidação dos pilares do Programa de Conformidade trouxe benefícios significativos às organizações, especialmente a possibilidade de aplicação de sanções um pouco mais brandas. Nesse contexto de aplicação de sanções e verificação da aplicação do mecanismo, surgiu a necessidade de criar a função de *Compliance Officer* (Catran; Crespo, 2018, p. 176).

Com o fortalecimento das discussões sobre a cultura do *Compliance* dentro das empresas, tornou-se essencial estabelecer uma estrutura organizacional centralizada e um departamento específico para gerenciar esta matéria. Assim, a figura do *Compliance Officer* emergiu como elemento indispensável às empresas, constituindo-se no profissional encarregado de administrar integralmente o Programa de *Compliance* e manter canais de comunicação eficazes com gestores e colaboradores,

sendo peça chave para a perpetuação do mecanismo de integridade (Garcia; Libânio, 2021, p. 13).

Moura (2016, p.32) afirma que o *Compliance Officer* é o responsável por vigiar, identificar e prevenir possíveis condutas ilícitas dentro de sua empresa, bem como criar métodos de prevenção, certificando-se de que estão sendo cumpridos da maneira correta, assumindo a função de responsável pelo controle da qualidade de sua empresa.

Em uma análise mais profunda, o *Compliance Officer* pode ser definido como um garantidor que vai prevenir, tanto a área interna quanto na área externa de sua empresa, analisando as condutas que possam ensejar processos judiciais. Assim, além de carregar consigo uma responsabilidade possivelmente legal, também traz consigo uma responsabilidade ética (Comiotto, 2020, p.9).

Leal (2018, p. 23) defende que o responsável pelo Programa de Conformidade deve conhecer os princípios e diretrizes que regulam seu ramo empresarial para que tenha capacidade de exercer sua função de prevenção e detecção de irregularidades dentro de sua empresa.

Duas das atribuições do responsável pelo programa de conformidade demandam atenção especial, considerando alguns instrumentos específicos para efetivação deste programa, sendo elas: meios de comunicação interna: esses instrumentos constituem pilares fundamentais do *Compliance*, posto que viabilizam o relato confidencial de possíveis irregularidades e também funcionam como ferramenta orientativa sobre condutas inadequadas, seja em potencial ou em curso, além de representarem veículo mais eficiente para disseminação do Programa de *Compliance*; ii) capacitação e formação continuada: o desenvolvimento profissional dos envolvidos é indispensável, pois em razão da sofisticação dos procedimentos institucionais, faz-se necessária uma exposição precisa e minuciosa dos Códigos de Conduta e normativos que periodicamente carecem de revisão, atualização e aplicação prática, devendo existir um retorno acerca do desempenho dos profissionais (Garcia, Libânio, 2021, p.13).

A autonomia operacional é outro ponto importante apresentado por Arruda (2021, p. 67), pois constitui um requisito essencial para este profissional, conferindo-lhe liberdade para administrar as atividades e intervir quando necessário. Alinhado com o pensamento acima exposto, Pereira (2019, p. 30) conclui que esta independência é

ponto chave para a manutenção e aplicação efetiva do Programa de *Compliance*, sendo elemento inafastável.

Contudo, essa liberdade para tomar atitudes e elaborar o Código de Conduta não pode ser confundida com autonomia total, devendo ter as suas delimitações direcionadas ao real objetivo do Programa de Conformidade, sendo necessário que todas as delimitações sejam previamente ajustadas antes de garantir a autonomia ao responsável pelo setor de *Compliance* (Garcia, Libânio, 2021, p. 15).

Em decorrência dessa autonomia, disporá de autoridade para fiscalizar e acessar todas as informações da empresa, possuindo, ainda, poderes decisórios sobre os fatos investigados e as eventuais suspeitas, uma vez que goza de liberdade para atuar, em que pese não possua poderes executivos, ocupando posição hierárquica diretamente subordinada aos órgãos executivos (Leal, 2018, p. 23).

Essa posição hierárquica pode ser vista como algo espinhoso para Saavedra (2018, p. 45), pois em decorrência da posição de garantidor assumida pelos *Compliance Officers*, as chances de responsabilização penal acabam por, paradoxalmente, aumentar os riscos de irregularidades no *Compliance*, uma vez que devido ao fato de serem supervisionados pelos órgãos executivos, coloca toda a empresa em risco de persecução penal, além de todos os outros mecanismos de supervisão e sancionamento, como os éticos e administrativos.

O *Compliance Officer* possuirá papel importante, principalmente, na última etapa da implementação do programa de conformidade, pois o papel de realizar o monitoramento contínuo e adequar as eventuais mudanças legais – que não são raras no Brasil – será encabeçado por ele, de modo a exigir uma prontidão eficaz no sentido de identificar e sanar rapidamente as irregularidades, sendo necessária uma constante atualização do programa, tendo em vista as frequentes atualizações legislativas e a mudança dos padrões de conduta que eventualmente venham a acontecer.

A identificação de irregularidades internas, seja por meio de canais de denúncia ou pelo monitoramento do Programa de *Compliance*, deve receber tratamento prioritário desde a detecção até a resolução final, independentemente do resultado investigativo.

O rigor na condução desses processos demonstra a seriedade e efetividade do programa perante toda a organização, reforçando sua credibilidade e função preventiva (Felipe, 2022, p. 176).

A análise da função do *Compliance Officer* revela sua importância fundamental na arquitetura da governança corporativa e, conseqüentemente, do modelo de *Compliance*, contemporâneo. Este profissional surge como figura central no controle de prevenção de irregularidades e na construção de uma cultura organizacional pautada pela integridade e conformidade legal, assumindo responsabilidades tanto legais quanto éticas.

Portanto, o sucesso dos Programas de *Compliance* não reside apenas na criação da função deste profissional, mas na estruturação adequada de sua atuação, assegurando-lhe as condições necessárias para exercer efetivamente seu papel na prevenção de condutas inadequadas e na promoção de uma cultura organizacional íntegra e transparente.

Consideradas as peculiaridades dos hospitais, com a nobreza do objeto da sua atuação, que envolve a vida e integridade das pessoas, muitas vezes vulneráveis pela descoberta ou pela evolução de moléstias e diante de tudo que foi exposto acima, salta aos olhos o quanto seria importante a implementação do *Compliance* em hospitais, o que será demonstrado mais adiante, mas não sem antes abordar o tema da responsabilidade civil hospitalar.

3 RESPONSABILIDADE CIVIL HOSPITALAR

A responsabilidade civil hospitalar é um tema de crescente relevância no ordenamento jurídico brasileiro, especialmente diante da evolução das relações de consumo e do reconhecimento dos direitos fundamentais à saúde e à dignidade humana. O ambiente hospitalar, caracterizado pela complexidade de suas atividades e pela multiplicidade de profissionais envolvidos no atendimento ao paciente, apresenta peculiaridades que demandam uma análise mais detida acerca da sua responsabilidade.

Em que pese o aumento exponencial das demandas judiciais sobre responsabilidade civil hospitalar, faz-se necessária uma análise acerca da possibilidade ou não da sua efetiva responsabilização, seus pressupostos e as noções básicas sobre o conceito de hospital e suas especificidades, sendo fundamental destacar também a sua função social perante a sociedade.

Dessa forma, destaca-se o posicionamento de Santos (2008, p. 193), quando defende que não se deve desconsiderar o posicionamento balanceado quanto a eventuais excessos na análise das atribuições do estabelecimento hospitalar, evitando-se um desequilíbrio indesejável para os profissionais de saúde e hospitais.

Há, inclusive, amplo debate doutrinário e jurisprudencial acerca dos deveres dos hospitais (assistência médica e de hospedagem), abordando temas específicos quanto aos parâmetros de responsabilização civil para os hospitais, sendo tema polêmico para os doutrinadores pátrios, necessitando um enfoque maior na análise de cada argumento apresentado, porém este tema será tratado com maior detalhamento nos tópicos 3.3 e 3.4.

Importante ressaltar que o estudo realizado nesta monografia é concernente aos mandamentos do direito privado, estando de fora do debate os hospitais da rede pública.

3.1 Noções introdutórias sobre o conceito de hospital e suas peculiaridades

Faz-se necessário apresentar o conceito de hospital ou nosocômio, separando a estrutura física e o nome do hospital da pessoa jurídica que o mantém, pois esta

deverá ser inserida no polo passivo em eventuais processos movidos objetivando indenizações pela má prestação de serviços dentro do hospital.

Para Leonardo Vieira Santos (2008, p. 195), entende-se por hospital ou casa de saúde, como sendo o local em que se recebem e se tratam doentes. Importante destacar dentro deste conceito a presença do termo “casa de saúde”, pois ao observar o conceito trazido pela doutrina mais tradicional, ver-se-á, atualmente, a inclusão de clínicas, sanatórios e similares.

O hospital é uma universalidade de fato, composto pela conjunção de estruturas físicas, equipamentos e dispositivos médico-cirúrgicos direcionados ao atendimento à saúde, subordinados a uma pessoa jurídica, sua mantenedora, mas que não realiza/executa o ato médico em si (Aguar Júnior, 2000, p. 21).

Seus deveres são evidentes: além da proteção (ao paciente e seus acompanhantes) e garantia da integridade corporal e psíquica apropriadas com a causa da internação, o oferecimento de instalações adequadas, fornecimento de alimentação compatível com a peculiaridade do paciente, havendo, ainda, o dever de ofertar condições e instrumentos técnicos indispensáveis ao que o serviço que o hospital se propõe a prestar, socorro médico de prontidão em emergências e espaço controlado no que se refere aos riscos de exposição a infecções (Dantas, 2009, p. 190).

Para além disso, existem as obrigações que não possuem natureza técnica, mas sim ético-jurídica, como por exemplo a elaboração e conservação dos prontuários, esclarecimento e orientação correta e adequada do tratamento a que o paciente estará submetido, bem como o indispensável dever de confidencialidade (Dantas, 2009, p. 191).

Os hospitais possuem, em sua prestação de serviços, uma natureza delicada, uma vez que lidam com o tratamento de seres humanos em estado de vulnerabilidade, convivendo com a busca pela cura e qualidade de vida dos enfermos. Surge, então, a responsabilidade social dos hospitais que, por uma análise mais fria, são empresas objetivando de certa forma os lucros, estabelecendo uma estrutura cada vez mais eficaz, atingindo uma performance econômica e socialmente responsável (Silva; Filho, 2009, p. 2).

Essa mudança de perspectiva para o mundo empresarial não é tão recente, pois, de acordo com Santos (2008, p. 197), antigamente, os hospitais gozavam de uma “imunidade indenizatória” que acobertava os hospitais por estar relacionada com o fato de que os primeiros estabelecimentos hospitalares foram construídos por

religiosos e sem objetivar o lucro, o que não fomentava a busca por pleitos indenizatórios por eventuais danos sofridos pelos pacientes.

Dessa forma, com a evolução da medicina e o surgimento de clínicas e hospitais voltados à assistência da saúde, mas objetivando a exploração comercial destes estabelecimentos, os nosocômios foram perdendo cada vez mais a sua “imunidade” de ações indenizatórias (Santos, 2008, p. 198).

O que se deve chamar atenção é que, em razão do aumento de estabelecimentos hospitalares com fins lucrativos não implica em uma visão radical e rigorosa na objetivação da responsabilidade dos nosocômios, devendo existir sempre uma perspectiva ponderada.

Estabelecendo uma analogia ao que se passa na responsabilidade civil dos médicos, a postura extremista daqueles que defendem uma responsabilização objetiva aos hospitais conduz, indiscutivelmente, a um prejuízo para toda a sociedade, inclusive para os próprios pacientes. Isso se deve ao fato de que, com a quantidade de demandas versando sobre indenizações astronômicas, crescem, também, os custos com os serviços hospitalares, sendo diretamente refletidos para a sociedade e muitas vezes tornando economicamente inviáveis certos tipos de estabelecimentos (Santos, 2008, p. 197).

Não se pode, portanto, considerar a aplicação ampla e irrestrita da teoria objetiva da responsabilidade civil hospitalar, determinando a indenização por parte deles ainda que não tenha sido verificada a culpa dos médicos que tenham realizado o procedimento médico. Essa conduta se assemelha à ideia de que seria cabível imputar aos hospitais a responsabilidade pelo fator randômico da ciência médica, de modo a tornar insustentável a manutenção do hospital (Santos, 2008, p. 197).

3.2 Responsabilidade Civil dos hospitais e seus pressupostos

A responsabilidade civil não somente se relaciona à ideia de ilícito ou de culpa, mas também é analisada conjuntamente ao dever de reparação de um dano causado ou ressarcimento à vítima desta lesão. Com isso, o ato ilícito e a culpa figurariam apenas como elementos acidentais da responsabilização civil (Santos, 2008, p. 32).

Tendo ciência de que este se trata de um instituto sancionador, logicamente impõe uma pena para o agente que vier a causar um dano, seja por ação ou omissão,

descumprimento de uma norma jurídica, legal ou contratual, por imputação objetiva, levando à noção de que o causador do dano estará obrigado a repará-lo, objetivando retornar ao *status quo ante* (Sá; Naves, 2023, p. 322).

Contudo, antes de partir para a análise da responsabilidade civil dos hospitais, faz-se necessário entender quais são os pressupostos para a caracterização do dever de reparar o dano por parte dos nosocômios, quais são as suas características e como eles se fazem presentes.

Sabe-se que a responsabilidade civil detém três principais pressupostos, quais sejam: conduta, o dano e o nexo causal. Por conduta se entende uma ação ou omissão de uma pessoa, sendo voluntária ou por negligência. Por dano, entende-se como sendo a lesão experimentada pela vítima. Por fim, o nexo causal constitui como elo invisível que une a conduta e o dano (Tartuce, 2019, p.403). Contudo, será feita a seguir uma análise mais detida sobre cada um destes elementos.

Partindo para a análise da conduta, esta diz respeito à ação ou omissão de um sujeito que desague em dano a outrem, interessando apenas a conduta do causador da lesão, vez que apenas ele poderá ser imputado o dever de reparação (Santos, 2008, p.41).

Dessa forma, Santos (2008, p. 43) afirma que a conduta deverá ser voluntária, pois ao indivíduo caberia tomar uma atitude diferente para evitar o dano, mas optou por não fazer. Assim, a única hipótese que caberia a exclusão da responsabilidade do indivíduo é se não lhe houvesse outra alternativa senão adotar aquela conduta danosa.

Um exemplo de ausência de conduta hospitalar pode ser verificado quando um paciente dá entrada em um hospital privado em situação de emergência, porém não possui plano de saúde ou recursos financeiros para custear o tratamento. O hospital, cumprindo sua obrigação legal, presta o atendimento de urgência e, uma vez estabilizado, encaminha o enfermo para um hospital da rede pública. Posteriormente, já sob os cuidados do hospital público, os prepostos deste cometem um erro causando danos significativos ao paciente.

Neste caso, não se pode imputar a responsabilidade ao hospital privado pelos danos causados ao paciente, uma vez que a conduta lesiva partiu exclusivamente dos prepostos do hospital público.

Partindo para a análise do segundo pressuposto da responsabilidade civil, o dano, este nada mais é do que a lesão sofrida em consequência de determinado evento, que uma pessoa sofre contra a sua vontade. Cabe mencionar que este dano pode ser ressarcido seja pelo fato da necessidade de um prejuízo materialmente calculável (dano material), sendo também possível a existência de um dano decorrente de desrespeito ao direito da personalidade (dano moral). Portanto, esse pressuposto tem relação com a função reparadora da responsabilidade civil, objetivando compensar a vítima pelos danos causados (Santos, 2008, p. 42).

Assim, o dano moral, em virtude de sua natureza um pouco diversa, atua de forma compensatória, ou seja, quando não é possível retornar ao estado anterior do cometimento do dano, mas há uma possibilidade de compensar a vítima pelos danos sofridos. Com isso, o dano moral não necessariamente se relacionaria com a dor sofrimento, angústia ou humilhação, tendo em vista que estes sentimentos subjetivos não são indispensáveis para que se configure o dano extrapatrimonial, sendo possível afirmar que o dano moral é a lesão a direitos da personalidade, ainda que estes possam não advir desses sentimentos (Sá; Naves, 2023, p.323).

Santos (2008, p. 42) entende ser cabível a existência do dano moral, tendo em vista que a discussão sobre o seu cabimento ou não foi encerrada pelo ordenamento jurídico pátrio, pelo advento da Constituição Federal de 1988 (CF/88), sendo posteriormente positivado pelo art. 186³, do Código Civil Brasileiro.

Já o dano material, este se divide em duas espécies: danos emergentes (a imediata redução do patrimônio da vítima em decorrência da conduta do ofensor) e os lucros cessantes (os valores que a vítima poderia, razoavelmente, auferir, mas deixou de obter em decorrência do dano sofrido), tendo previsão no art. 402⁴ do CC/2002 (Santos, 2008, p. 43).

Dessa forma, verifica-se que o dano material é aquele prejuízo que pode ser calculado sem maiores dificuldades, podendo ser determinado economicamente, sendo cabível sua direta reparação (Sá; Naves, 2023, p. 323).

³ Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

⁴ 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.

Acerca da seara médico-hospitalar, faz-se necessária a abordagem a respeito de outra espécie de dano, o dano estético, cujo prejuízo é verificado a partir da ofensa à integridade física do paciente, podendo causar prejuízos permanentes ou temporários, assim como morfofisiológicos. Este dano pode, inclusive, dar origem a outros danos, como os danos emergentes, lucros cessantes e a perda de uma chance (considerada uma nova espécie de dano), uma vez que, a exemplo dos profissionais que trabalham utilizando a sua própria imagem, podem ter sua renda atingida em virtude de danos estéticos sofridos (Sá; Naves, 2023, p. 325).

Dessa forma, em 2009, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) sumulou o entendimento, através da Súmula nº 387⁵, que seria lícita a cumulação de danos morais e estéticos oriundos do mesmo fato.

O dano é, do ponto de vista lógico, imprescindível para que nasça o direito de indenizar, pois, da leitura do *caput* do art. 944⁶, do Código Civil Brasileiro de 2002, fica perceptível a presença do princípio da reparação integral do dano, sendo positivada no ordenamento jurídico pátrio desde a entrada em vigor do *codex* supramencionado (Santos, 2008, p. 43).

Imagine-se a hipótese em que um paciente está recebendo um tratamento no hospital em decorrência de uma infecção grave, recebendo prescrição para tomar antibióticos por 14 (quatorze) dias. Contudo, após sentir melhora no terceiro dia, o enfermo, por sua conta própria, resolve parar de tomar os remédios, mesmo com orientações médicas contrárias. Posteriormente, sofre complicações graves em virtude do abandono do tratamento.

Nesse caso hipotético, não caberia dever de indenizar do hospital ao paciente, haja vista que os danos sofridos foram única e exclusivamente por culpa do enfermo, tendo o hospital prestado o atendimento da melhor forma possível, inexistindo qualquer lesão por parte do nosocômio.

No que diz respeito ao terceiro pressuposto, o nexo de causalidade, ou, liame etiológico, este se mostra indispensável à responsabilidade civil, uma vez que é o elo que entrelaça a conduta e o dano, sendo uma relação inequívoca de causa e efeito,

⁵ Súmula 387, STJ - É lícita a cumulação das indenizações de dano estético e dano moral.

⁶ Art. 944. A indenização mede-se pela extensão do dano.

de modo que a sua ausência implica na impossibilidade de analisar a responsabilização civil (Tartuce, 2023, p. 252).

Não há uma regra geral para o estabelecimento da relação de causa e efeito para a identificação do nexos de causalidade, sendo necessária a análise do caso concreto, merecendo destaque duas teorias acerca da verificação do nexos causal.

De um lado, há a teoria da causalidade adequada, sendo a mais utilizada pelo ordenamento jurídico pátrio e defendida neste trabalho, que classifica a causa como o fato que, dentro do esperado desenrolar das circunstâncias, era causa adequada do dano, de tal forma que nem todos os antecedentes podem ser levados em consideração para a verificação do nexos causal, restando necessário realizar a adequação dos antecedentes (Venosa, 2015, p. 59).

Silvio de Salvo Venosa (2015, p. 59) defende que, em razão da existência de uma lacuna no ordenamento jurídico, considerando que o Código Civil Brasileiro não dispõe expressamente sobre critérios para caracterizar o nexos de causalidade, recai sobre o juiz o dever de efetuar um juízo baseado em probabilidades, o que nem sempre garante uma relação adequada com os fatos efetivamente ocorridos.

Isso porque, verifica-se que o julgador possuirá uma maior liberdade e discricionariedade para proferir suas decisões, o que, analisando criticamente, amplia o seu espectro de atuação.

Noutra banda, há a teoria da causalidade direta e imediata, menos aceita, defendendo que, para que haja responsabilidade civil, é necessário que o dano seja uma consequência direta e imediata da conduta do agente, ou seja, o dano deve ser resultado direto da ação que se pretende imputar à pessoa, sem considerar outros eventos. Contudo, essa teoria é abordada por parte da doutrina, como Gagliano, Pamplona Filho e Orlando Gomes.

Um exemplo de ausência de nexos causal entre a conduta do hospital e o dano sofrido por um paciente ocorre quando o evento danoso se dá por conta de um fator externo e imprevisível, não relacionado à atuação dos hospitais. Em um caso hipotético em que o paciente é submetido a uma cirurgia dentro de um nosocômio, tendo recebido todos os tratamentos de forma adequada e em observância às normas técnicas até o período pós-operatório. Contudo, ao sair do hospital, sofre um acidente de trânsito

ocasionado por um terceiro, fato que acaba por comprometer a recuperação do paciente.

No caso supracitado, em que pese o paciente ter recebido tratamento no hospital, as complicações decorrentes do acidente sofrido não podem ser atribuídas à conduta do hospital, pelo fato do hospital não poder responder por dano decorrente de fortuito externo, o que, no caso exemplificado, se deu pela complicação causada por um evento diverso da atuação do hospital, rompendo com onexo causal entre a conduta do nosocômio e o dano sofrido pelo paciente.

Uma vez apresentados os pressupostos da responsabilidade civil, e, conseqüentemente da responsabilidade civil hospitalar, serão apresentadas as noções sobre o dever de indenizar dos nosocômios e qual a natureza da sua responsabilidade.

Sendo tema pacificado pela doutrina e jurisprudência pátrias, a responsabilidade dos hospitais é contratual, cabendo uma análise mais detida sobre suas peculiaridades.

Apesar da dicotomia entre a responsabilidade extracontratual e a contratual e as críticas a respeito da existência desta dicotomia, partirá este trabalho da visão apenas da responsabilidade contratual, que é o que interessa ao tema.

Na visão de Flávio Tartuce (2023, p. 43), a responsabilidade contratual advém do inadimplemento de obrigações criadas por um contrato, ensejando o dever de indenizar.

Santos (2008, p. 92) apresenta a distinção entre responsabilidade contratual objetiva e subjetiva. Dessa forma, afirma que na objetiva, não seria necessária a discussão da culpa do agente ofensor, uma vez que este responderia independente da presença de culpa. Para a subjetiva, aduz que caberá a análise da culpa do agente para concluir pela não imputação do dever de indenizar.

A natureza jurídica da relação entre o hospital e os seus pacientes é, em regra, contratual e, sendo assim, pouco importa se esta se dá de forma escrita ou verbal, tácita ou expressa. Trata-se, pois, de um contrato misto que engloba os deveres de assistência médica especializada e os de hospedagem, sendo ambos analisados por uma perspectiva individual (Dantas, 2009, p. 191).

Destaca-se que a Segunda Seção do STJ, no EResp. n. 1.280.825/RJ⁷, de relatoria da Ministra Nancy Andrighi, entendeu pela aplicação do prazo prescricional decenal nos casos de responsabilidade civil contratual, aplicando-se a regra geral do art. 205⁸ do Código Civil.

Diante disso, poder-se-ia afirmar que o prazo de prescrição de causas contra hospitais seria também de dez anos, não mais sendo aplicável o disposto no art. 27⁹ do Código de Defesa do Consumidor, já que em situações como esta, a norma mais benéfica será aplicada ao consumidor.

Diante desta distinção, o hospital, como pessoa jurídica, não deixará de responder civilmente pelos danos causados, sendo evidente que a pessoa jurídica não irá assumir o ato médico. Contudo, o nosocômio não está nas mesmas condições da responsabilidade dos médicos, uma vez que apesar de uma parte da doutrina defender que os hospitais respondem pela ideia da responsabilidade subjetiva, como França (2014, p. 289) e Dantas (2009, p. 191), entende-se como didaticamente mais proveitosa a visão de Santos (2008, p. 199), apresentando a análise dos contratos de hospitalização, ora no que tange ao dever de assistência médica, ora no que diz respeito ao dever de hospedagem.

Antes de adentrar no debate acerca dos deveres de assistência médica e de hospedagem, faz-se necessário afirmar que a relação contratual do hospital com o seu paciente irá impor àquele o dever de prestar serviços médicos sob um espectro que envolve os atos médicos em sentido estrito (praticados exclusivamente por esculápios) e em sentido amplo (cuja prática pode ser atribuída a outros profissionais da área de saúde, como os enfermeiros). Ademais, indissociavelmente, haverá o dever de hospedagem, haja vista que o paciente usufrui das instalações físicas dos nosocômios enquanto realiza seu tratamento (Santos, 2008, p. 199).

Importante frisar que a responsabilidade por todos os atos não médicos e que façam parte inerente aos serviços prestados é objetiva, tais como infecção hospitalar,

⁷ EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM RECURSO ESPECIAL. RESPONSABILIDADE CIVIL. PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO. INADIMPLEMENTO CONTRATUAL. PRAZO DECENAL. INTERPRETAÇÃO SISTEMÁTICA. REGIMES JURÍDICOS DISTINTOS. UNIFICAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. ISONOMIA. OFENSA. AUSÊNCIA. (EResp n. 1.280.825/RJ, relatora Ministra Nancy Andrighi, Segunda Seção, julgado em 27/6/2018, DJe de 2/8/2018.)

⁸ Art. 205. A prescrição ocorre em dez anos, quando a lei não lhe haja fixado prazo menor.

⁹ Art. 27. Prescreve em cinco anos a pretensão à reparação pelos danos causados por fato do produto ou do serviço prevista na Seção II deste Capítulo, iniciando-se a contagem do prazo a partir do conhecimento do dano e de sua autoria.

utilização equivocada de medicamentos, ou de medicamentos vencidos, contaminação por uso de sangue transfundido contaminado; troca de exames laboratoriais; contaminação alimentar, queimadura por utilização de aparelhos mal regulados, queda em corredores molhados, queda de cama, ou de maca durante remoção e transporte, dentre outros (Dantas, 2009, p. 192).

Sob a ótica de França (2014, p. 289) a responsabilidade do hospital, igualmente à do médico, impõe uma obrigação de meios e não de resultado, pois sua obrigação é no sentido de oferecer todas as condições e todos os recursos técnicos e terapêuticos disponíveis e necessários. Não sendo possível exigir que no hospital o paciente se cure sempre e que tenha remediadas todas as suas doenças.

Contudo, para que seja melhor explanado acerca da relação obrigacional estabelecida pelos hospitais, faz-se necessário apresentar as noções de dever de assistência médica e dever de hospedagem, capitaneada por José de Aguiar Dias (1994, p. 382), como será feito em seguida.

3.3 A adoção da teoria objetiva quanto ao dever de hospedagem

Conforme exposto no tópico anterior, o contrato hospitalar envolve, além do dever de assistência médica que será tratado no tópico a seguir, o dever de hospedagem, sendo este similar aos contratos realizados pelos hotéis, uma vez que contém diversas especificidades que decorrem da natureza dos serviços prestados dentro do hospital. Apesar de o estabelecimento hospitalar fornecer alimentação e acomodação, assume também a função de garantidor da segurança do paciente, sendo este papel inquestionavelmente mais rigoroso do que o assumido por um hotel, isso porque por muitas vezes os pacientes se encontram em estado de vulnerabilidade. No que concerne à infraestrutura ofertada, o hospital possui o dever de atender as expectativas dos pacientes no que diz respeito à estrutura que é esperada de um hospital, a exemplo da qualidade de serviços paramédicos prestados, a presença de equipamentos básicos e em bom estado, suprimento de remédios minimamente esperados, dentre outros (Santos, 2008, p.226).

Importante frisar que as obrigações citadas acima são, em regra, de resultado, sendo plenamente viável a aplicação do artigo 14, *caput*, do CDC.

Na obrigação de resultado, o devedor se obriga não apenas a dispensar todos os esforços necessários para chegar ao resultado, como também assume a obrigação de que aquele resultado será obtido. (Gagliano; Filho, 2011, p.135)

O *codex* supramencionado estabeleceu uma interpretação mais abrangente e conclusiva, particularizando as denominações de consumo, consumidor e fornecedor, tendo relação, com base nesses mandamentos, os hospitais, que passam a responder objetivamente pelos danos causados aos pacientes (Rocha, 2016, p. 40).

Traçando um paralelo com o dever de assistência médica, é possível afirmar que não é cabível a adoção da teoria subjetiva para o dever de hospedagem, pois não há qualquer impeditivo para o hospital no que diz respeito ao fornecimento de suprimentos básicos de saúde esperados de um nosocômio, assim como não há obstáculos para a prestação de serviços básicos de hospedagem, a exemplo de comidas *diet* para diabéticos (Santos, 2008, p. 227).

Também não há fator aleatório que impeça o hospital de proceder com a instalação de comissões internas para prevenir infecções hospitalares ou que, até, viabilize a limpeza adequada dos aposentos do hospital (Santos, 2008, p. 227).

Seguindo a mesma linha, verifica-se a obrigação de resultado no que diz respeito ao dever de incolumidade, ou, dever de segurança, uma vez que é de inteira responsabilidade do hospital zelar para que nenhum de seus pacientes sofra qualquer tipo de dano em decorrência de sua internação, tais quais quedas, abusos sexuais, agressões de qualquer natureza e similares (Santos, 2008, p. 227).

A referência à integridade psíquica se faz pertinente, na medida em que não é apenas a saúde física do paciente que deve ser resguardada, como também o seu equilíbrio mental e a sua dignidade, como dever de cuidada inerente à atividade hospitalar. Recusas imotivadas de atendimento, demoras injustificadas na execução de procedimentos ou na própria admissão hospitalar, equívocos na entrega de exames, são exemplos que podem e devem ser capazes de gerar o dever de indenizar, sem que nenhum dano físico seja causado (Dantas, 2009, p. 193).

Finalmente, no que diz respeito à estrutura esperada pelos pacientes e familiares, incontestável o fato de que, assim como os exemplos acima mencionados, o hospital também assume obrigação de resultado. Isso se mostra presente a partir do momento em que é esperado que um hospital possua equipamentos básicos para atender as demandas, assim como, por exemplo, espera-se a presença de enfermeiros nos seus

respectivos postos, a fim de que consigam prestar o atendimento necessário (Santos, 2008, p. 227).

Muito se discute acerca da responsabilidade subjetiva ou não do hospital caso seus funcionários causassem danos aos pacientes. A ideia é que, somente comprovando a ocorrência de uma excludente prevista no art. 14, §3º, I e II do CDC¹⁰, de modo que, embora previsto no sistema consumerista, as hipóteses de caso fortuito ou força maior poderiam ser considerados como excludentes de responsabilidade, desde que vinculados ao serviço prestado (Rocha, 2016, p. 39).

Para Santos (2008, p. 228), a discussão deve ser acerca da obrigação assumida pelo preposto do hospital na prestação de serviços. Dessa forma, caso seja assumida a obrigação de troca de fralda de um paciente, e o enfermeiro não o faz, indiscutivelmente seria aplicada a hipótese do *caput* do art. 14 do CDC. Contudo, conclui que caso a obrigação do enfermeiro seja de efetuar curativos em um determinado paciente, sendo que estes contribuam para a pronta recuperação do paciente após a cirurgia, mas o paciente não se recupera prontamente, apenas poderá responder o hospital caso haja comprovação de que a técnica utilizada não foi a adequada para a pronta recuperação do enfermo.

Importante frisar que em nenhum momento o dever de incolumidade assumido pelo nosocômio está relacionado à cura, uma vez que é descabida qualquer garantia de cura no âmbito médico-hospitalar. O que se discute aqui é no sentido de fornecer todos os suprimentos básicos (França, 2014, p. 289).

Apesar da pacificidade das discussões acerca da natureza da responsabilidade assumida pelos hospitais em casos que tem por atribuição o dever de hospedagem, não é demais afirmar que esta é objetiva, uma vez que o hospital assume a obrigação de resultado de oferecer os serviços básicos de atendimento aos seus pacientes.

3.4 A adoção da teoria subjetiva quanto ao dever de assistência médica

¹⁰ Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

§ 3º O fornecedor de serviços só não será responsabilizado quando provar:

I - que, tendo prestado o serviço, o defeito inexiste;

II - a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro.

Com o surgimento do art.14 do CDC e, posteriormente a este evento, o surgimento dos artigos 927, parágrafo único, e 933 do Código Civil Brasileiro¹¹, foi o ápice para que uma grande discussão doutrinária e jurisprudencial se instaurasse e permanecesse consolidada, tendo como pauta a responsabilidade civil dos hospitais no que diz respeito ao dever de assistência médica.

De um lado, estão os doutrinadores que se posicionam no sentido de defender uma objetivação radical da responsabilidade civil dos nosocômios. De outro, estão os que entendem pela exigência da apuração da culpa do médico como pressuposto da responsabilidade civil hospitalar, o que leva a concluir que permaneceria aplicável a teoria subjetiva, em sistema semelhante ao art. 932, III, do CC/2002¹².

Para Santos (2008, p. 200), este último posicionamento aparenta ser o mais acertado, garantindo, assim, a quebra da ideia de radicalização extrema da imputação do dever de indenizar dos hospitais.

Inicialmente, antes de entrar na argumentação técnica a respeito da teoria subjetiva quanto ao dever de assistência médica, faz-se necessário expor a razão pela qual é indispensável a apuração da culpa do médico para que seja possível definir se há ou não o dever de indenizar do hospital.

Partindo da noção de que a obrigação dos hospitais, no que diz respeito ao dever de assistência médica, é de meios, sendo semelhante àquela assumida pelos médicos, cabe afirmar que esta realidade caracteriza um obstáculo à ideia de objetivação radical da responsabilidade hospitalar (Santos, 2008, p. 200).

Obrigação de meio é aquela em que o devedor assume a obrigação de adotar todos os meios necessários para obter o resultado esperado, sem, contudo, garantir que o resultado esperado vá de fato acontecer (Gagliano, Filho, 2011, p.134).

Nesta modalidade de obrigação, esta, que de um modo geral é a relação entre paciente e médico, em que o esculápio assume o dever de dispensar ao seu paciente

¹¹ Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.

Art. 933. As pessoas indicadas nos incisos I a V do artigo antecedente, ainda que não haja culpa de sua parte, responderão pelos atos praticados pelos terceiros ali referidos.

¹² Art. 932. São também responsáveis pela reparação civil:

III - o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele;

todo o tratamento necessário e mais aceito na ciência médica, com recursos disponíveis e com as condições específicas e circunstâncias de cada caso. Assim, na obrigação de meios, o resultado que se promete na assistência médica não é a cura do paciente, mas a forma orientada para esse fim, desde que ele tenha empregado o melhor de sua capacidade e o que lhe é disponível (França, 2014, p. 270).

É fato que, se o hospital assume o compromisso de dispensar os serviços médicos, não assume, e nem poderia obrigar-se a obter a cura dos seus pacientes, mas apenas se compromete a adotar os melhores procedimentos alcançáveis e disponíveis previstos na *lex artis* e na ciência médica. Santos (2008, p. 201) conclui este pensamento afirmando, ainda, que a ideia de objetivação da responsabilidade do hospital levaria este a responder pelo que não se obrigou, o que não pode prevalecer, devendo ser mantidos os limites assumidos na relação contratual.

Por esta e outras razões, conclui-se que a responsabilidade objetiva seria incompatível com a obrigação de meios, uma vez que o pressuposto “dano” seria uma consequência da inobservância do procedimento orientado, não apenas o derivado do natural e inevitável desenvolvimento da doença do paciente.

Importante destacar que não deve ser desconhecida a importância da teoria objetivista para que exista, também, uma preocupação com a situação da vítima. Ocorre que enquanto a medicina não evoluir a ponto de tornar previsíveis os resultados dos procedimentos cirúrgicos realizados, será indispensável apurar a culpa dos hospitais e médicos. Isso se deve ao fato de que, será exigida a apuração da culpa no que diz respeito à responsabilidade dos médicos e hospitais, face à inexatidão da ciência médica para que seja possível concluir se o dano ocorreu em razão desta ou da inobservância procedimental por parte do médico (Santos, 2008, p. 201).

Dantas (2009, p. 193) defende a mesma ideia, afirmando ainda que esse posicionamento teria razão de existir, porque o resultado do serviço médico prestado depende de diversas variáveis, das respostas personalíssimas dos pacientes e, não eventualmente, das aleatoriedades que são peculiares da ciência médica. Por esta razão, caberia ao nosocômio comprovar que cumpriu com as atribuições que lhe competem, assim como observou a legislação e a ciência médica mais atual, quando a ação versar sobre um suposto dano causado por ato médico.

Partindo para uma análise mais detida, levanta-se a hipótese de que se os hospitais deixassem de existir, o aumento exponencial de mortes em decorrência da ausência

de tratamentos médico-hospitalares seria indiscutível, sem que fosse possível tomar qualquer atitude para contornar essa situação. Isto comprova que os hospitais não devem estar sujeitos à teoria do risco, e conseqüentemente a teoria objetiva, simplesmente pelo fato de não criar perigo algum.

Santos (2008, p. 203) afirma que seria medida injusta impor aos hospitais o dever de indenizar os pacientes com espeque na teoria objetiva pelos danos ocorrentes de serviços médicos, sem que os nosocômios pudessem ter o direito de acionar regressivamente os galenos que, gozando da sua liberdade profissional, conduziu o procedimento com culpa, sendo explícito que a responsabilidade civil do médico será subjetiva, em virtude do art. 14, §4º do CDC¹³.

Outro ponto de vista a ser suscitado a respeito da contraposição à ideia de que é imprescindível de se apurar a culpa dos médicos antes de condenar os hospitais na indenização de danos experimentados pelos pacientes, e que os hospitais não podem tomar para si a prática do ato, sendo esta atribuição dos médicos (Santos, 2008, p. 204).

Santos (2008, p. 205) atribui à polêmica a respeito da responsabilidade civil dos hospitais ao fato de que o §4º do art. 14 do CDC não teria sido redigido adequadamente, tendo o legislador se equivocado ao prever a excepcionalidade da responsabilidade subjetiva para os profissionais liberais, independentemente do tipo de obrigação assumida por elas.

Tecidas essas considerações iniciais, restam inequívocos os motivos pelos quais deve ser compreendida a imprescindibilidade da aferição de culpa do médico antes de proceder com a condenação imediata dos hospitais, cumprindo asseverar que não é possível tratar sobre a responsabilidade civil dos hospitais sem antes apurar a culpa do galeno que, de fato, procedeu com o ato médico.

Dito isso, faz-se necessário partir para a análise da argumentação que serve de combustível para os debates ardentes entre os doutrinadores defensores da objetivação radical do dever de indenizar dos nosocômios e os que defendem que a

¹³ Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

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

sua responsabilização perpassa por uma análise da conduta e, em assim sendo, da culpa dos médicos.

Inicialmente, convém tratar sobre a norma consumerista. Da leitura do *caput* do art. 14 do CDC, em conjunto com a do seu §4º, leva a crer que a responsabilidade dos hospitais ou de qualquer pessoa jurídica será indiscutivelmente objetiva, contrariamente à dos médicos e profissionais liberais que será subjetiva (Santos, 2008, p. 209).

A visão radical da objetivação da responsabilidade hospitalar é sustentada por diversos doutrinadores, sendo o seu expoente, conforme Santos (2008, p. 210) é Antonio Herman de Vasconcellos e Benjamin, sendo este um dos coautores do anteprojeto do CDC e pioneiro na ideia de objetivação radical dos hospitais, defendendo que a única exceção à responsabilidade objetiva seria quanto aos profissionais liberais.

Para que se chegue à conclusão da imputação do dever de indenizar, é indispensável passar pela análise do nexos causal, uma vez que este é pressuposto da responsabilidade civil, conforme já demonstrado acima.

Dessa forma, Santos (2008, p. 209) afirma que na análise do nexos causal, haverá a necessidade de verificar a conduta do médico, a fim de concluir se este agiu em observância aos mandamentos da medicina ou não, recaindo obrigatoriamente na comprovação de culpa do profissional médico.

Um dos argumentos levantados como inconsistentes trazidos pela doutrina defensora da objetivação do dever de indenizar dos nosocômios consiste no ônus da prova, ou melhor, da sua inversão. Isso se deve ao fato de que os doutrinadores defendem que ocorrerá a inversão do ônus da prova para as empresas e, conseqüentemente, os hospitais, incumbindo às empresas provar a sua “não-culpa” para eximir sua responsabilidade. Assim, em se tratando de responsabilidade objetiva, seria impossível falar em prova da existência de culpa (Santos, 2008, p. 210)

Sobre a construção dos argumentos doutrinários defensores da objetivação radical da responsabilidade civil dos nosocômios, não há como esconder a necessidade de observância das peculiaridades da medicina, uma vez que esta é uma ciência inexata que envolve uma séria de variantes, sendo impossível prever os resultados antes de

proceder com o tratamento, tornando inseparável do dever de indenizar a verificação da culpa do médico (Santos, 2008, p. 211).

A interpretação literal do artigo supramencionado gerou descompassos práticos, pois impedia que se investigasse a existência de culpa nas ações contra instituições hospitalares, que passavam a ser responsabilizadas de forma objetiva. Em contrapartida, a responsabilização dos profissionais liberais dependia da análise específica da sua conduta, sendo norteadas pela responsabilidade subjetiva (Dantas, 2009, 192).

Desta maneira, revela-se um tanto contraditória a sustentação da doutrina protetora da tese radicalista da responsabilização objetiva dos hospitais, uma vez que, querendo ou não, esbarram sempre na necessidade de prova da culpa, desconcertando por inteira a narrativa objetivista, que é voltada a tão somente imputar a alguém o dever de indenizar, sem que isso seja, ao fim e ao cabo uma aplicação adequada dos meios jurídicos.

Partindo para a análise da segunda ideia de aferição da responsabilidade civil hospitalar, é importante salientar que esta surge contrapondo em sua totalidade a ideia de objetivação fervorosa do dever de indenizar dos nosocômios.

Santos (2008, p. 211) apresenta como líder desta corrente Rui Stoco, este defensor da ideia de que a responsabilidade dos hospitais permaneceria subjetiva, independentemente da norma consumerista e, em específico, o *caput* do art. 14 do CDC, pois, indiscutivelmente há uma incompatibilidade da ideia de objetivação da responsabilidade hospitalar com a relação obrigacional de meios dos nosocômios no que se refere à prestação de serviços médicos.

Rui Stoco (1995, p.75), citado por Leonardo Vieira Santos (2008, p. 212), revelou que o fundamento mais relevante do seu raciocínio, era “porque o serviço prestado pelo hospital, quando contratado para ministrar tratamento, cirurgia, acompanhamento médico ou ambulatorial, tais práticas são subministradas por médicos, de modo que o que se põe em exame é o próprio trabalho médico”.

É perceptível nos tempos atuais a manutenção deste posicionamento, sofrendo apenas algumas adaptações ao longo do tempo com o advento do Código Civil, contudo, o núcleo argumentativo permaneceu sem significativas alterações. Assim, o avanço da doutrina mantém o entendimento de que a responsabilidade objetiva e a

obrigação de meios são incompatíveis, insistindo, também, na relevância que deve ser atribuída ao trabalho dos médicos no momento de avaliar se os hospitais serão condenados a indenizar os pacientes ou não (Santos, 2008, p. 212).

O que se extrai deste posicionamento é a ideia que se encaixa perfeitamente à noção de que, para que seja atribuída de fato a responsabilização civil pelos danos causados aos seus enfermos, deverá ser feita a análise da conduta do médico, ou seja, deverá ser apurada a sua culpa.

Ainda destacando a ideia da necessidade de aferição da conduta do médico para determinar a responsabilização ou não dos hospitais, Miguel Kfoury Neto (2003, p. 186-187), citado por Santos (2008, p.213), defende que “o dano médico deve ser apreciado a partir da análise do elemento subjetivo, da culpa, quer seja o profissional vinculado a estabelecimento hospitalar ou não”.

Essa ideia coaduna com todo o exposto acerca da teoria defensora da não objetivação da responsabilidade dos nosocômios, uma vez que reafirma a ideia de que a imputação do dever de indenizar requer a análise da conduta do médico que realizou o procedimento médico, sendo uma crítica dos doutrinadores a falta do chamado “rigor lógico” no que diz respeito à escrita do art. 14 do CDC (Santos, 2008, p. 213).

O objetivo é demonstrar que há, de fato, uma incompatibilidade entre a responsabilidade objetiva com a obrigação de meio em relação aos hospitais, tendo como base a individualidade existente no dever de assistência médica dos hospitais, alvo do presente tópico.

Contudo, também não cabe excluir a incidência do Código de Defesa do Consumidor nas relações hospitalares, uma vez que estes estão sim dentro do raio de abrangência do CDC, sujeitos a princípios e normas consumeristas, tais como a da possibilidade de inversão judicial do ônus da prova e o da elevação do grau de importância e proteção ao direito à plena informação do consumidor, inclusive no que diz respeito a tão somente ao dever de hospedagem hospitalar, que não pode ser confundido com o dever de assistência médica, em razão das diferentes peculiaridades entre si, inclusive em termos de responsabilização civil.

Nessa hipótese, resta impossível cogitar a responsabilidade objetiva dos nosocômios, que, em razão da existência de um “regime especial”, lecionado por Cristiano Chaves, Nelson Rosenvald e Felipe Peixoto Braga Netto (2015, p. 761), devem ter sua

responsabilidade avaliada à luz dos supramencionados arts. 932 e 933 do CC/2002, de modo que, somente serão obrigados a indenizar os pacientes pelos danos sofridos caso seja provada a culpa dos esculápios.

Tendo em vista o exposto a respeito da segunda teoria, conclui-se, particularmente, que esta se mostra mais proveitosa, por razão lógica. Isso porque, conforme cabalmente demonstrado nos parágrafos anteriores, a verificação da culpa se mostra indispensável para imputar ao hospital o dever de indenizar ou não.

Por fim, importante trazer à lume a última corrente doutrinária, capitaneada por Sérgio Cavalieri Filho, dedicando-se ao estudo de fundamentar na exigência do defeito do serviço a demonstração de que não há qualquer incompatibilidade entre obrigações de meios e a responsabilidade objetiva.

Esta corrente fundamenta a ideia da exclusão de culpa do galeno da lista dos pressupostos ensejadores do dever de indenizar dos hospitais, contudo, apresentando a ressalva de que estes apenas responderão pelos danos causados aos pacientes, na hipótese de o serviço prestado ter sido defeituoso (Santos, 2008, p. 215)

Antes de partir para a análise mais aprofundada, faz-se necessário destacar a expressão “defeito no serviço”, pois, conforme apresentado por Santos (2008, p. 215), esta expressão remete à ideia de culpa, merecendo destaque o fato de se relacionar com obrigação de meio. Diante disso, é possível afirmar que não haveria outro método para apurar se o serviço médico que foi prestado por um hospital foi defeituoso ou não, do que a análise da conduta do médico que conduziu o procedimento, com o intuito de verificar se este procedeu com o que manda a ciência médica mais atualizada.

O que chama a atenção a respeito desta teoria é o fato de que há certa recusa em reconhecer a impossibilidade de relacionar a obrigação de meios hospitalar e a responsabilidade objetiva consumerista. Além disso, Leonardo Vieira Santos (2008, p. 216) afirma que o que se mostra contraditório é o fato de haver esta recusa, ao tempo em que admite que a objetivação não se mostra cabível com as mesmas obrigações no campo cível.

De fato, não é possível separar a falha na prestação do serviço médico hospitalar do descumprimento do dever de diligência assumido pelo médico ao prestar o

atendimento. Com isso, há incompatibilidade lógica entre as obrigações de meios e a responsabilidade objetiva, sendo este impedimento imposto pelas especificidades que são inerentes ao serviço médico.

Outro argumento pertinente à ideia de afastar a teoria da responsabilidade objetiva da responsabilidade hospitalar, dando ênfase à interpretação literal do *caput* do art. 14 do CDC, é o do princípio da boa-fé, mandamento primordial das relações consumeristas, assim como a comparação dos hospitais à estabelecimentos comerciais

Para Santos (2008, p. 221), este princípio reflete “um obstáculo intransponível ao consumidor que pretenda obter indenização por um dano decorrente de moléstia que não se curou, apesar da adoção de todos os cuidados previstos na *lex artis*”. Essa reflexão se mostra de extrema importância, uma vez que partir da ideia de expandir de forma desarrazoada o dever de cuidados inerente à obrigação de meios sacramentada por um nosocômio, causa uma desorganização e desequilíbrio entre os envolvidos na relação.

Por fim, é imprescindível a análise do art. 933 do CC/2002 que se relaciona com o art. 932 do mesmo *codex*¹⁴, contudo, não tem o condão de dispensar a necessidade da prova da culpa do médico para que seja configurado o dever de indenizar por parte do hospital.

Santos (2008, p. 225) afirma que este pensamento é aplicável, uma vez que o artigo 933 do CC/2002 diz respeito apenas à conduta do empregador quanto à escolha e fiscalização do seu empregado, mas não extingue a necessidade de aferição de culpa e, conseqüentemente, o dever de comprovar da vítima, que o subordinado atuou culposamente.

¹⁴ Art. 932. São também responsáveis pela reparação civil:

I - os pais, pelos filhos menores que estiverem sob sua autoridade e em sua companhia;

II - o tutor e o curador, pelos pupilos e curatelados, que se acharem nas mesmas condições;

III - o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele;

IV - os donos de hotéis, hospedarias, casas ou estabelecimentos onde se albergue por dinheiro, mesmo para fins de educação, pelos seus hóspedes, moradores e educandos;

V - os que gratuitamente houverem participado nos produtos do crime, até a concorrente quantia.

Art. 933. As pessoas indicadas nos incisos I a V do artigo antecedente, ainda que não haja culpa de sua parte, responderão pelos atos praticados pelos terceiros ali referidos.

Dessa forma, sob a ótica da responsabilidade hospitalar, conclui-se que o dever de comprovar que suportou danos em razão da prestação de serviços médicos, é da suposta vítima, cabendo a ela ainda comprovar que o esculápio ou preposto do hospital atuou culposamente. Assim, será configurado o dever de indenizar por parte dos nosocômios, e, sendo comprovada a culpa pelos profissionais ligados aos hospitais, este responderia solidariamente, afastando a ideia de objetivação da responsabilidade civil hospitalar (Santos, 2008, p. 225).

Em verdade, o que acontece é que o art. 933 do CC/2002 impede que o hospital tente se esquivar da responsabilidade, mesmo após a comprovação de culpa pelo seu preposto ou médico, sob o argumento de que escolheu seu subordinado observando todas as cautelas necessárias (Santos, 2008, p. 226).

Resta suficientemente analisada a questão da responsabilidade civil dos hospitais no que diz respeito à prestação de serviços médicos. Assim, é possível concluir que exigir a demonstração da culpa do profissional médico como requisito para responsabilizar a instituição hospitalar afasta a aplicação da teoria objetiva, sendo evidenciado, sobretudo, ao considerar que, no que se refere ao dever de assistência médica e à interpretação do art. 14 do CDC, que é indispensável a avaliação da conduta do galeno que realizou o procedimento cirúrgico antes de imputar o dever de indenizar aos hospitais.

Dessa forma, prevalece a corrente doutrinária que defende a necessidade de aferição da culpa do médico para fundamentar a responsabilização civil do hospital – posição esta que já foi premiada como a mais acertada neste trabalho – sendo a mais concisa quando confrontada com as outras e levando em consideração a natureza obrigacional do dever de assistência médica.

3.5. Análise de dados a respeito do aumento da judicialização na saúde

A judicialização da saúde se tornou um fenômeno relevante e crescente no Brasil, refletindo uma completa interseção entre o sistema de justiça, o direito à saúde e a prática médica. Dessa forma, os processos judiciais envolvendo questões médicas e hospitalares vêm tendo um aumento expressivo também em consequência da maior proteção ao paciente que por vezes se mostra desequilibrada.

No Brasil, a oferta de serviços de saúde envolve a distribuição de recursos escassos em uma sociedade extremamente delicada, cujo perfil epidemiológico reflete características de economias avançadas e em desenvolvimento. Definir quais as necessidades devem ser priorizadas e como direcionar esses esforços gera, inevitavelmente conflitos. Dessa forma, o fenômeno da judicialização na saúde representa uma manifestação desses conflitos por recursos, porém atinge níveis surpreendentemente maiores do que é esperado considerando o seu papel na sociedade (CNJ, 2019, p. 7).

Segundo dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2023 o Brasil contabilizou mais de 573 mil processos judiciais relacionados à saúde, sendo que 86,52% tramitavam na Justiça Estadual e 13,48% na Justiça Federal, obtendo uma média de 2,59 processos por mil habitante e 1,02 processo por médico.

Esses números evidenciam a grande exposição dos profissionais de saúde e hospitais ao risco judicial, tornando-se um grande desafio aos esculápios e nosocômios a questão de como se proteger e como adotar decisões estratégicas frente à crescente judicialização.

Além disso, fontes do CFM e o CNJ informam que entre 2015 e 2024 houve um aumento significativo de processos sobre saúde, envolvendo principalmente médicos e hospitais, atingindo o patamar de 196%, entre a primeira e a segunda instâncias. Essa explosão significativa de demandas escancara a necessidade de adoção de medidas para combater as falhas estruturais existentes dentro dos hospitais e sistemas de saúde como um todo, que poderiam auxiliar na preservação de vidas, diminuiria as sequelas dos pacientes e poderia reduzir o número de demandas judiciais.

Entre os períodos de 2008 até 2017, o CNJ (2019, p. 15) apresenta que houve um crescimento acentuado de casos, atingindo aproximadamente 130% no número de demandas anuais de primeira instância. Durante esse mesmo período, houve um aumento de 50% no total de processos em primeira instância, sendo consideravelmente maior do que a quantidades de demandas em geral do Judiciário, tornando a discussão sobre o tema cada vez mais necessária.

Os dados apresentados pela Sociedade Brasileira de Direito Médico e Bioética indicam que, no Superior Tribunal de Justiça, dentre as pessoas jurídicas réis nas

ações envolvendo o Direito Médico, 48,53% são hospitais ou clínicas. Esses dados demonstram a corresponsabilidade que as instituições hospitalares assumem na prestação de serviços médicos, bem como refletem a insegurança que se encontram quando não observados os padrões de conduta ético e legais exigidos.

Quando elencados os principais temas envolvendo os processos, a Associação Paulista de Medicina elenca o tema “condições de funcionamento/hospital” como sendo o 4º assunto mais frequente entre os litígios. O CNJ (2019, p. 15) apresenta que, no Estado de Minas Gerais, o assunto “tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos” ocupa o primeiro lugar no número de processos, semelhante aos Estados do Acre, Alagoas e Mato Grosso do Sul.

Sob o aspecto geográfico, outro dado alarmante apresentado pelo CNJ, diz respeito a distribuição de processos por região, tendo o Sudeste como líder em número absoluto as ações, merecendo destaque o Estado de São Paulo, com 133.500 processos, seguido pelo Rio Grande do Sul com 83.710 e Minas Gerais com 50.520. No Estado da Bahia, ao observar a média de processos por mil habitantes, chega-se ao número assustador de 8,47 processos, sendo mais do que o triplo da média nacional.

De acordo com Felipe (2022, p. 18), no período de 2013 a 2017, houve um aumento de 101% de demandas por erro médico na cidade de São Paulo. Além disso, só em 2017 foram registradas no Estado de São Paulo 1.700 ações de responsabilidade civil médica e até julho de 2018 já havia mais 1000 novas ações.

Esses dados apresentados revelam um cenário assustador de crescente litigiosidade na área da saúde, exigindo atenção tanto do ponto de vista jurídico quanto de gestão da saúde. O fator judicialização não deve ser desconsiderado, uma vez que o excesso no número de processos e o seu crescimento exponencial pode inibir as práticas médico-hospitalares, causando o aumento nos custos da saúde, além de sobrecarregar o sistema judicial. Esse fator evidencia, também, o fato de que os serviços médico hospitalares podem estar gerando um número significativo de mortes e sequelas que podem ser evitadas.

Um dos mecanismos para combater o aumento de demandas judiciais é o investimento em políticas de prevenção de gestão de riscos legais nos hospitais, além

de mecanismos que ampliem o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, bem como a capacitação jurídica dos envolvidos nos nosocômios.

Diante dessa necessidade de padronização de condutas e procedimentos dentro dos hospitais, nasce o Programa de *Compliance*, que é, comprovadamente, um instrumento eficaz para reduzir litígios dentro de empresas, prezando por um comportamento ético e dentro dos parâmetros legais estabelecidos, garantindo uma maior segurança jurídica aos envolvidos, como será demonstrado a seguir.

4 O COMPLIANCE E A REDUÇÃO DOS CASOS POR RESPONSABILIDADE CIVIL HOSPITALAR

Nos últimos anos, com a crescente complexidade das atividades hospitalares, aliada ao aumento da judicialização na saúde, o debate acerca do *Compliance* nos hospitais privados se mostra cada vez mais necessário, tendo em vista que trata sobre diversas especificidades presentes na realidade das instituições de saúde, voltadas para uma melhor prestação de serviços e atendimento aos ditames legais.

São objeto do estudo e implementação do *Compliance* dentro dos nosocômios: a sujeição de hospitais e clínicas à legislação anticorrupção; as convergências e divergências sobre a medicina defensiva, tópico a ser tratado mais especificamente; a gestão do risco hospitalar como precursor do programa de conformidade na área da saúde; e, por fim, o próprio surgimento do *Compliance* na medicina (Da Silva, 2021, p. 8).

Nesse contexto, os programas de *Compliance* emergem como ferramentas estratégicas essenciais para promover a integridade institucional, assegurar a conformidade com as normas legais e regulatórias e, sobretudo, prevenir litígios decorrentes de responsabilidade civil. Ao implementar políticas claras, treinamentos periódicos, canais de denúncia e mecanismos eficazes de controle interno, o *Compliance* hospitalar atua não apenas na mitigação de falhas operacionais e condutas impróprias, mas também na construção de uma cultura organizacional pautada pela ética e transparência.

Segundo Felipe (2022, p. 106), em documento elaborado no ano de 2020 pela ANAHP (Associação Nacional dos Hospitais Privados) indica que 93,33% dos hospitais privados associados possuem código de conduta e que 87% possuem um comitê para tratar de ética e compliance.

Apesar do resultado obtido ser significativo, o alarmante crescimento das demandas envolvendo hospitais privados mostra que há algo de errado nesses programas de conformidade, ou que eles sequer estão sendo aplicados.

Diante da complexidade do funcionamento de um hospital, aliado ao aumento exponencial de demandas judiciais indenizatórias, envolvendo diversos departamentos e incontáveis especialidades médicas, faz-se cada vez mais necessária a implementação de um Programa de Compliance que abarcasse todas

as atividades administrativas, hospitalares e médicas que são próprias do funcionamento de um hospital, uma vez que os custos para a prevenção serão inquestionavelmente menores do que os custos para a reparação dos danos causados (Felipe, 2022, p.128).

Dessa forma, é indiscutível a necessidade de um estudo aprofundado a respeito do *Compliance* como um instrumento de redução de litígios dentro dos hospitais, uma vez que possui comprovadamente resultados significativos dentro das empresas, assumindo um papel fulcral na organização e gestão de riscos dentro da instituição hospitalar e reduzindo os riscos a que os profissionais da saúde e os nosocômios estão sujeitos, além de contribuir para a eliminação ou diminuição de mortes e sequelas evitáveis no âmbito hospitalar.

4.1 A análise econômica da prevenção e o *Compliance* hospitalar

A responsabilização civil por negligência encontra na Análise Econômica do Direito um instrumento valioso para determinar quando as condutas preventivas devem ser adotadas pelos agentes econômicos. Nesse contexto, a fórmula desenvolvida por Learned Hand estabelece um critério matemático objetivo para avaliar a adequação das medidas de precaução implementadas, revelando-se particularmente pertinente quando se estuda a implementação de Programas de *Compliance* no ambiente hospitalar, pois esta instituição deverá ser analisada não apenas sob a perspectiva da conformidade normativa, como também através da ótica da eficiência econômica para a prevenção de danos aos pacientes.

A aplicação de fórmula de Hand ao contexto de responsabilidade civil hospitalar oferece, portanto, um fundamento teórico robusto para justificar investimentos em medidas preventivas, permitindo uma avaliação sistemática sobre a razoabilidade dos custos envolvidos na implementação de protocolos de segurança e programas de conformidade.

A relação com a responsabilização civil dos hospitais e a Análise Econômica do Direito é proveitosa, pois esta se mostra como uma vertente mais simples e objetiva, a partir do momento em que tem como um dos objetos de estudo o fato de uma regra de responsabilidade ser desejável ou não quando esta fornece incentivos adequados

para que os sujeitos adotem padrões desejáveis de comportamento e de prevenção ao cometimento de danos (Porto; Garoupa, 2022, p. 262).

A fórmula mencionada, com origem na jurisprudência norte-americana, consiste em um balizador para a caracterização de condutas culposas. De acordo com esta, um agente causador de um dano terá agido com culpa, se não houver empregado determinada medida voltada para a prevenção desse dano, se essa medida tiver custo para implementação menor do que a compensação pelo dano efetivamente causado (Porto; Garoupa, 2022, p. 265).

Em outras palavras, a fórmula propõe que, se o custo para evitar um dano é menor do que a probabilidade deste dano ocorrer, multiplicada pela sua gravidade, o agente deveria ter adotado a conduta preventiva, pois, ao não adotar, teria agido com negligência.

Para a realidade das instituições hospitalares privadas, se há uma dúvida a respeito da compra de um equipamento de segurança, deverá ser calculado se o custo de implementação deste aparelho será inferior ao risco calculado de causar um dano a algum paciente. Se os custos de implementação forem menores, o hospital deverá adquirir o aparelho de segurança, uma vez que, agirá com culpa em razão da sua não implementação¹⁵.

Partindo para uma análise do Código Civil Brasileiro, Antônio Maristrello Porto e Nuno Garoupa (2022, p. 268) defendem que é possível identificar uma relação entre a função social do *codex* à luz da análise econômica. Isso porque, o CC/2002 traz, em seus arts. 186 e 927, mecanismos para garantir o uso da Responsabilidade Civil como um instrumento de estímulo à adoção de condutas preventivas, estabelecendo parâmetros de resposta objetiva ou subjetiva a determinadas condutas.

Assim, de acordo com esta fórmula teórica, sob a ótica da realidade dos hospitais privados, caberia ao legislador analisar se o nosocômio adotou os procedimentos de segurança e prevenção, de modo que este fator poderá ser um instrumento de mitigação da imputação do dever de indenizar (Porto; Garoupa, 2022, p. 267). Para os hospitais privados, em havendo danos aos seus pacientes, os magistrados poderiam utilizar como fundamento de suas decisões o fato do nosocômio ter utilizado

¹⁵ Necessário mencionar que, no que diz respeito ao dever de hospedagem dos hospitais, a responsabilidade é objetiva. O caso citado é apenas a título exemplificativo.

mecanismos de prevenção ao seu alcance, fazendo com que as chances de condenação reduzam significativamente.

Conforme posicionamento apresentado por Leonardo Vieira Santos (2008, p. 196), o aumento dos custos de serviços hospitalares, em especial os que estão mais expostos ao risco, tem relação direta com a radicalização da responsabilização civil hospitalar, não sendo possível imputar a objetivação radical da responsabilidade dos nosocômios.

No que diz respeito à implementação de Programas de *Compliance* nos hospitais privados, objeto de estudo do presente trabalho, a fórmula de Learned Hand assume papel de suma importância, devido à natureza das atividades desenvolvidas, caracterizadas pela significativa exposição a riscos e por alto potencial de cometimento de danos. O custo de precaução em hospitais engloba os investimentos voltados à instalação do programa de conformidades, incluindo a contratação de *Compliance Officers*, desenvolvimento de protocolos, sistemas de monitoramento, treinamento de equipes e auditorias internas frequentes.

Já a probabilidade de ocorrência de eventos danosos pode ser mensurada através do estudo a respeito do histórico institucional e indicadores de qualidade por meio da análise de estatísticas de todos os setores do hospital, dando ênfase aos que estão mais suscetíveis a erros. Por fim, a magnitude do dano, ou seja, os custos que o dano causa ao hospital, abrange não apenas os valores das condenações judiciais, que por si só já são exorbitantes, como também os danos à reputação do hospital e a perda de receita.

Essa abordagem econômica do *Compliance* encontra respaldo na teoria da eficiência apresentada por Porto; Garoupa (2022, p. 269), sendo um dos núcleos do estudo da Análise Econômica do Direito, na medida em que preza que os recursos devem ser alocados de forma a maximizar o bem-estar social. Assim, hospitais que aplicam critérios econômicos racionais na implementação de medidas preventivas contribuem não apenas para a sua própria sustentabilidade financeira, mas influenciam a redução de custos sociais decorrentes de eventos adversos evitáveis.

Tendo isso em vista, a análise econômica da prevenção, aliada à fórmula proposta por Learned Hand, demonstra que o Programa de *Compliance* hospitalar não é uma imposição regulatória desprovida de racionalidade econômica, mas sim estratégia

empresarial fundamentada em critérios estudados sobre gestão de riscos empresariais e sociais. Essa fundamentação fortalece o argumento de que os programas supramencionados representam não apenas meros instrumentos comuns de adequação aos padrões de conformidade, mas ferramentas essenciais para uma gestão hospitalar moderna, eficiente e responsável.

4.2 O *Compliance* como meio de prevenção de demandas hospitalares

O termo “*Compliance*” teve sua origem na medicina a partir do momento em que este termo significava “confiar na terapia” – referindo-se à necessidade do paciente seguir rigorosamente o tratamento prescrito, com confiança, segurança e convicção. Assim, o *Compliance* enquanto “agir de acordo” era atribuído ao comportamento do paciente diante do cumprimento ou não das orientações do profissional de saúde (Da Silva, 2021, p. 14-15).

A partir dessa perspectiva, traçando um paralelo com o mundo empresarial, o *Compliance* deveria ser voltado a tratar as empresas que estavam “doentes”, estando elas infectadas com o “vírus corporativo”, como a corrupção, suborno e abuso de poder. Assim, ainda que o *Compliance* esteja relacionado com as empresas cumprirem as prescrições feitas por um profissional do programa de conformidade, para a medicina, houve apenas a troca dos papéis. Isso porque, se antes era o médico quem prescrevia e o paciente era aquele quem cumpria, hoje é a própria instituição hospitalar que deve seguir as orientações do setor de *Compliance* (Da Silva, 2021, p. 15).

As empresas, inclusive as do ramo hospitalar, passaram a incorporar valores como a ética e a Responsabilidade Social (RSO) à sua gestão, esta que, por sua vez, tornou-se pauta dos debates corporativos, agregando valor à imagem institucional e aproximando essas organizações do conceito de empresa cidadã (Silva; Filho, 2009, p.5).

Assim como as demais empresas, é possível afirmar que os estabelecimentos hospitalares, como centros de poder, com volumosos recursos financeiros e humanos, têm papel relevante diante dos desafios estruturais enfrentados pelo Brasil como a fome, as doenças e a carência de educação formal. Diante disso, a responsabilidade social tomou grande proporção, de forma a envolver uma dimensão responsável com

todos os relacionamentos da empresa: clientes, funcionários, comunidade, meio-ambiente e sociedade (Silva; Filho, 2009, p.5).

Com a complexidade crescente do mercado, o diferencial competitivo deixou de ser apenas o preço ou a qualidade, uma vez que elementos como a transparência, sustentabilidade ambiental, atendimento pós-serviço e comportamento ético assumiram papel igualmente essenciais na reputação empresarial. Isso se mostra relevante a partir do momento em que a avaliação de qualidade da prestação de serviços de um hospital privado repercute indissociavelmente no retorno do paciente para realizar tratamentos ou procedimentos na mesma instituição.

De acordo com Felipe, (2022, p. 110), ainda que o conceito de governança corporativa, apresentado no tópico 2.3, esteja habitualmente ligado ao setor empresarial tradicional, os hospitais privados também se enquadram nesse escopo. A adoção de práticas de governança nos hospitais visa, principalmente, prevenir eventuais litígios relacionados à responsabilidade civil decorrente da prestação de serviços dentro de um hospital, bem como auxilia na qualificação da defesa dos hospitais privados em processos judiciais.

Dessa necessidade de gerenciar e prevenir os riscos a que os hospitais estão sujeitos, criou-se a noção de que é necessário identificar e priorizar as áreas que oferecem uma maior exposição a litígios, utilizando ferramentas de monitoramento contínuo para detectar as fragilidades, demonstrando, cada vez mais, a necessidade de implementação de um programa de *Compliance* (Da Silva, 2021, p.13).

A noção de risco no ambiente hospitalar sempre esteve diretamente relacionada à proteção do paciente e à possibilidade de surgirem incidentes adversos que impactassem negativamente na instituição. Nesse cenário, a surgimento de campanhas direcionadas à gestão de riscos em hospitais impulsionaram os hospitais privados a implementarem políticas de conduta e mecanismos de controle interno, com o objetivo de reforçar continuamente a segurança na assistência prestada (Oliveira, 2024, p. 4).

Para Felipe (2022, p. 112), a abordagem preventiva na gestão de riscos voltada ao erro médico envolve, também, a avaliação minuciosa dos registros documentais, de modo que o Protocolo de Cirurgia Segura e o Termo de Consentimento Esclarecido possuem papel indispensável em eventual demanda, devendo estar devidamente preenchidos.

O *Compliance* nos hospitais brasileiros começa a caminhar a partir do escândalo conhecido como “Máfia das Próteses”, que envolveu a compra de equipamentos superfaturados por gestores de hospitais de rede pública além de realização de cirurgias sem necessidade no Distrito Federal (Felipe, 2022, p.127).

A Associação de Hospitais Privados (ANAHP), preocupada com o futuro dos hospitais privados e, com o intuito de promover e colaborar com as adequações necessárias aos hospitais frente às novidades apresentadas pela Lei Anticorrupção, desenvolveu o Código de Conduta Empresarial para Hospitais Privados, que nada mais é do que um instrumento norteador do que deve ser adotado pelos estabelecimentos privados de saúde (Mânica, 2018, p. 468).

Essa cautela com a implementação de um Programa de *Compliance* adaptado à realidade de cada hospital revela que o tema não deve ser deixado de lado dentro das instituições hospitalares, demonstrando que a adoção das boas práticas de conduta, dos regulamentos e das leis específicas do mercado proporciona um desenvolvimento coletivo de medidas éticas em prol do comportamento das redes privadas de nosocômios.

Não existe “receita de bolo” de um programa de integridade a ser seguido, daí surge a noção de individualização de cada programa, de modo que cada instituição hospitalar deve montar o seu programa observando a sua realidade, existindo, apenas, os indicativos de parâmetros a serem observados.

Essa noção pode trazer, em primeiro ponto, uma sensação de fragilidade por não existir uma espécie de “receita de bolo” para implementar o programa de integridade. Contudo, ao contrário desse pensamento, o que se deve ter em mente é que o fato de existir apenas o “esqueleto”, ou seja, os pilares do *Compliance*, já tratados no primeiro capítulo, permite que o programa de conformidade se torne cada vez mais versátil, adequando-se às peculiaridades de cada hospital.

Um paralelo muito importante a ser feito com o programa de integridade é o programa de acreditação¹⁶ em que os hospitais são submetidos periodicamente. Isso porque, o objetivo da acreditação é justamente observar o cumprimento às normas sanitárias,

¹⁶ Naiane Alice Campos Reis (2024, p. 28) define o programa de acreditação hospitalar como sendo um “importante instrumento de avaliação da performance das instituições de saúde em relação à gestão de seus processos em prol da melhoria do cuidado aos pacientes.” Trata-se, então, de um mecanismo de avaliação, certificação e monitoramento de qualidade dos serviços prestados pelas instituições de saúde, orientando as suas condutas.

avaliando a gestão do hospital, a uniformidade de processos e a mitigação de riscos existentes no dia a dia dos cuidados com o paciente.

Assim, não há mecanismo melhor do que um programa de conformidade para evitar que os períodos de acreditação reflitam um obstáculo ao devido funcionamento do nosocômio, prevenindo quaisquer tipos de sanção que porventura a instituição de saúde venha a sofrer em decorrência da inobservância aos protocolos exigidos pelos órgãos reguladores.

Na prática, a implementação do Programa de *Compliance* na área da saúde envolve, inevitavelmente, a formação de comitês internos devidamente especializados, compostos por profissionais capacitados, como advogados, gestores e representantes da área de saúde. Esses comitês se encarregam de estudar os riscos, investigar as denúncias e implementar ações corretivas sempre que preciso (Oliveira, 2024, p.5).

O Compliance não só tem a sua função externa para os hospitais, mas também tem sua função interna, a exemplo dos protocolos de controle de infecção, que são feitos para a segurança dos colaboradores, objetivando evitar a infecção e contágio. Logo, também existe a função social do Compliance nos hospitais privados (Felipe, 2022, p.134).

Assim como nas demais empresas, a criação do Programa de Conformidade/*Compliance* direcionado aos hospitais privados deverá observar os estudos iniciais realizados e adequados a cada área do hospital, partindo da análise de dados obtidos com os estudos e direcionados, identificando as fraquezas e como melhorar o setor mais fraco de maneira efetiva, sendo o *Compliance Officer* o responsável por estabelecer as métricas para esses estudos (Felipe, 2022, p.155).

Em observância às raízes do *Compliance*, deverão ser instituídos Códigos de Conduta e de Ética, que, embora pareçam ser iguais, têm suas características específicas. O Código de Ética é um documento contendo os valores e princípios que devem ser respeitados por todos que integram o hospital, de modo que a ética preceitua o respeito aos valores humanos, à vontade do paciente (no caso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (Oliveira, 2020, p. 5).

Já o Código de Conduta, objetiva especificar as condutas tidas como proibidas ou autorizadas aptas a estabelecer parâmetros e deveres aos colaboradores, garantindo maior segurança ao paciente e permitindo aos funcionários identificar e corrigir as

condutas que eles mesmos percebiam que estão ocorrendo de maneira inadequada (Felipe, 2022, p. 147).

Um outro método aliado ao *Compliance*, o chamado *risk management*, ou “gerenciamento de riscos”, parte de uma boa base informativa estatística sobre os casos envolvendo mortes, erros médicos, queixas dos pacientes, reações adversas aos procedimentos adotados, causas mais recorrentes de demandas judiciais. Dessa forma, é possível identificar, a partir de uma base de dados do próprio hospital, quais são suas maiores dificuldades e o que deverá ser melhorado do ponto de vista organizacional (Felipe, 2022, p. 182).

A adoção de um *Compliance* robusto por instituições hospitalares privadas desempenha um papel relevante, também, na redução de custos assistenciais e aprimoramento da eficácia na prestação de serviços de saúde; influencia positivamente a conduta dos profissionais médicos quanto à formulação de diagnósticos e recomendações cirúrgicas e promove uma transparência em relação às despesas, procedimentos realizados e uso adequado dos recursos e materiais disponíveis (Catran; Crespo, 2018, p. 17).

Além de promover a segurança jurídica e institucional, o *Compliance* favorece a construção de uma cultura organizacional baseada na integridade, na transparência e na responsabilização. Essa cultura não apenas melhora a qualidade do atendimento médico prestado dentro dos hospitais, como também reforça a confiança dos pacientes e demais partes interessadas na atuação da instituição hospitalar. Assim, mais do que um conjunto de regras formais, o *Compliance* é essencial aos nosocômios, também, pelo fato de representar uma mudança de postura voltada à prevenção de danos e ao aprimoramento dos serviços médico-hospitalares, revelando-se uma ferramenta indispensável para a redução de demandas judiciais e para a promoção de uma gestão ética e eficiente na saúde, contribuindo, em última análise, para salvar vidas e evitar sequelas.

4.3 Medicina Defensiva x *Compliance*

A crescente judicialização da saúde no Brasil tem gerado impactos significativos na prática médica, contribuindo para o surgimento e a expansão da chamada medicina defensiva. Esse fenômeno tem como característica a adoção de exames,

procedimentos e encaminhamentos que as vezes não são necessários, mas que se pautam no receio de responsabilização civil, penal ou administrativa, revelando um cenário de insegurança jurídica e institucional entre os profissionais de saúde e hospitais.

Surge, então, o *Compliance*, como uma ferramenta estratégica capaz de orientar a atuação médica dentro de parâmetros éticos, legais e técnicos, promovendo uma maior segurança institucional e diminuindo a probabilidade de litígios, relacionando-se com a medicina preventiva e a ideia de prevenção da responsabilidade civil voltada aos hospitais privados, afastando a ideia errônea de que deve ser estimulada a medicina defensiva.

A medicina defensiva aumenta muito o custo do serviço médico, pois os médicos e hospitais se utilizam desse mecanismo como forma de blindagem prévia das demandas judiciais, revertendo para os pacientes os custos de possíveis condenações, tornando cada vez mais inacessíveis os tratamentos e procedimentos ofertados, afastando os pacientes dos hospitais por questões, também, financeiras (Felipe, 2022, p. 179).

Para França (2019, p 120), a fuga dos médicos para a medicina defensiva nada mais é do que um erro, piorando cada vez mais a relação dos médicos com os pacientes, refletindo diretamente no aumento de demandas judiciais, causando um incômodo geral entre os próprios médicos, pois, além de não ser um procedimento muito aceito pelos médicos e hospitais, põe em cheque uma das finalidades do tratamento médico que é a sensação de proximidade e conforto passados ao paciente durante seu tratamento e eventual estado de fragilidade.

A medicina defensiva pode ser definida como um conjunto de consequências da radicalização da responsabilidade médica. Ganha destaque dentre essas consequências o aumento dos custos dos planos de saúde, assim como se percebe os reflexos desta medicina no abandono pelos médicos de certas especialidades mais arriscadas. Ao final, como consequência de toda essa “precaução” o reflexo para os médicos se dá no aumento desenfreado das indenizações (Santos, 2008, p. 142).

A conclusão que se extrai acerca dos comentários acima é que a medicina defensiva jamais poderá ser acolhida por um hospital privado no Brasil que deseje implementar um programa de *Compliance* voltado à prevenção de erro médico, uma vez que contraria os próprios valores pregados pelo programa de conformidade. Não só por

isso, como também pelo fato de que os hospitais não devem ser vistos como empresas voltadas apenas a resultados economicamente positivos e blindagem forçosa, contrariando os princípios éticos da medicina e a responsabilidade social que um nosocômio carrega no desenvolvimento de suas atividades.

Em contrapartida à medicina defensiva, comprovadamente prejudicial à medicina, chega-se ao conceito de medicina preventiva, esta que tem como objetivo cercar os profissionais da área da saúde de meios que comprovem que aplicaram as melhores técnicas na assistência ao paciente (Da Silva, 2021, p.12).

A medicina preventiva relaciona-se com o *Compliance* na medida em que ambos visam comprovar para as entidades que os envolvidos no serviço médico prestaram os serviços necessários e alcançáveis para obter o melhor resultado possível, de modo que não houve qualquer prática ofensiva aos direitos do paciente nem ao ordenamento jurídico, tendo atuado sempre em observância ao que diz a ciência médica mais atual. Além disso, tanto a medicina preventiva quanto o programa de conformidade têm um intuito mais singelo e honesto, principalmente no que se refere aos paciente, haja vista que não busca uma blindagem frente aos enfermos, mas tão somente procuram uma atuação em observância à ética e boa-fé.

Traçando um paralelo com o tópico 4.1 deste trabalho, percebe-se uma superioridade econômica do *Compliance* em relação à medicina defensiva, pois, quando analisada a fórmula de Hand, conclui-se que, enquanto a medicina defensiva resulta em custos elevados para a redução de riscos, caracterizando uma situação economicamente ineficiente, o programa de conformidade bem estruturado apresenta custos moderados e controlados para a redução significativa de riscos, configurando o cenário de eficiência apresentado por Porto; Garoupa (2022, p. 269).

Ao falar sobre a medicina preventiva e o *Compliance* em um cenário de litígios médico-hospitalares, faz-se necessário tratar sobre as funções da responsabilidade civil, ganhando destaque a função preventiva.

Para Rosenvald (2014, p. 76), são três as principais funções: (i) a indenizatória, que visa transferir os efeitos do prejuízo patrimonial da esfera da vítima que sofreu o dano para o causador do dano, visando reestabelecer o equilíbrio econômico entre as partes; (ii) a função punitiva, cuja finalidade é impor uma penalidade de natureza civil ao autor do dano, servindo como instrumento de dissuasão para comportamentos semelhantes; (iii) por fim, a função precaucional, voltada a evitar condutas que possam vir a gerar danos.

Rosenvald (2014, p. 77) destaca uma função que não necessariamente está expressa, mas que é imprescindível, qual seja, a função preventiva, que também é definida por parte da doutrina como um princípio da responsabilidade civil, não ocupando o papel de função. Contudo, para melhor deslinde deste trabalho, entende-se como sendo uma função da responsabilidade civil, possuindo igual relevância na sua tratativa.

Isso porque, a precaução é ponto fulcral da responsabilidade civil contemporânea, uma vez que a ideia postulada é a de que se mostra mais proveitoso buscar analisar as condutas potencialmente lesivas e medir esforços para preveni-las, remetendo à noção apresentada por Rosenvald (2014, p. 79) de direito proativo, do que agir após o dano ter sido causado, agindo reativamente.

Nesse cenário, observa-se uma conexão direta entre a dimensão preventiva da responsabilidade civil, o programa de *Compliance* e a medicina preventiva, pois todos eles se estruturam para criar mecanismos internos capazes de identificar, mitigar e gerenciar riscos, sendo instrumentos indispensáveis para evitar condutas lesivas no ambiente hospitalar, trazendo uma postura ética e pautada na menor exposição dos hospitais e médicos sem causar prejuízos nem distanciar a relação destes com seus pacientes.

A função preventiva da responsabilidade civil e o *Compliance* compartilham uma finalidade essencial, qual seja, a prevenção de condutas ilícitas ou inadequadas que possam gerar danos ou prejuízos. Tem-se a noção de que a medicina preventiva complementa esses dois institutos, sendo consideravelmente menos nociva à sociedade como um todo, sendo visto com bons olhos pelos médicos e hospitais, garantindo a estes a segurança que precisam para atuar da melhor forma possível para tratar os enfermos, sem que, para exercer a sua profissão, tenham que aumentar exponencialmente os custos de consultas, procedimentos e tratamentos.

Ambas as esferas funcionam como instrumento de controle social e empresarial e, indiscutivelmente, hospitalar, voltado à mitigação de riscos e à proteção de direitos. A interseção entre elas se dá na valorização da conduta diligente e proativa, por meio da estrutura de mecanismos de conformidade para os hospitais, a fim de evitar que haja qualquer tipo de conduta danosa aos pacientes, tendo em vista um ambiente jurídico cada vez mais voraz e exigente, sendo as ferramentas essenciais para assegurar os nosocômios.

Dessa forma, o objetivo da medicina preventiva, aliada ao Programa de *Compliance* e à função preventiva da Responsabilidade Civil, é tão somente garantir que os

mecanismos adotados para a prevenção não reflitam necessariamente como um escudo diante da relação entre hospitais e médicos com seus pacientes, sendo essencial que condutas preventivas sejam adotadas justamente para inibir qualquer indício de irregularidade que exponha tanto os nosocômios e esculápios, quanto os próprios enfermos.

4.4 O protocolo de cirurgia segura e o *Compliance*

Com a evolução da complexidade dos procedimentos cirúrgicos, aliada ao aumento da judicialização na saúde, conforme já mencionado anteriormente, as instituições hospitalares têm sido impulsionadas a adotar medidas cada vez mais rigorosas de gestão de riscos. Nesse cenário, o Protocolo de Cirurgia Segura, criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), destaca-se como uma diretriz fundamental para a padronização de práticas que garantam a segurança do paciente e a prevenção de eventos adversos. Paralelamente a isso, o Programa de *Compliance* tem se consolidado cada vez mais como instrumento estratégico para assegurar o alinhamento das instituições de saúde às normas legais, éticas e regulatórias.

Contudo, há, por vezes uma resistência muito grande por parte de alguns profissionais da saúde em aplicar o Protocolo de Cirurgia Segura, de modo que, como será abordado neste tópico, a não aplicação ou a aplicação equivocada deste mecanismo enseja condenações cada vez maiores aos médicos e, principalmente, aos hospitais privados. Assim, o Programa de *Compliance* surge como ferramenta inseparável para garantir a fiel aplicação deste protocolo.

A preocupação com a segurança do paciente é algo que existe desde os primórdios da medicina, sendo sempre uma pauta nos debates acerca da evolução dos tratamentos médicos, tendo como norte a máxima “*primum non nocere*”, também compreendida como “primeiramente, não cause danos”, um dos princípios centrais da ética médica (Silva, Conde, Martinasso, Maltempo, Jacon, 2019 p. 1).

Diante dessa preocupação com a segurança dos pacientes e a redução ao máximo dos incidentes médicos nas instituições de saúde, as sociedades médicas passaram a liderar movimentos para estabelecer padrões de verificação da conduta dos profissionais de saúde e hospitais a partir do conceito de cirurgia segura, sendo a

Academia Americana de Cirurgias Ortopédicas como precursora ao publicar os resultados preliminares dessas intervenções em 1984 (Germano, Laurindo, Flório, Menezes, Souza, Nadai, 2016, p. 2).

Na Assembleia Mundial da Saúde, ocorrida em 2002, os países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceram a necessidade de reduzirem os danos e o sofrimento dos pacientes advindos de erros médicos que poderiam ser evitados se houvesse, minimamente, um protocolo a ser seguido nas cirurgias (Germano, Laurindo, Flório, Menezes, Souza, Nadai, 2016, p. 2).

Desde então, foi estabelecida uma resolução para aumentar a segurança dos pacientes, tendo como base as políticas públicas mundiais, objetivando o aumento da segurança dos pacientes. Já em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente visando estabelecer o debate contínuo e periódico sobre a segurança do paciente, tornando este tema estratégico e prioritário, sendo abordado a cada dois anos como uma ação de observância a temática e reconhecida como Desafio Global (Germano, Laurindo, Flório, Menezes, Souza, Nadai, 2016, p. 3).

No ano de 2008, o Ministério da Saúde do Brasil incentivou a participação dos hospitais na iniciativa chamada “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. A principal meta desta campanha era implementar uma espécie de lista padronizada que abarcasse os protocolos de assistência e conferência durante os procedimentos cirúrgicos. Essa lista foi desenvolvida por profissionais especialistas com o objetivo de auxiliar as equipes no acompanhamento do percurso assistencial do paciente, visando reduzir as falhas e os prejuízos aos pacientes (Germano, Laurindo, Flório, Menezes, Souza, Nadai, 2016 p. 3).

Composta por três fases, a lista/protocolo de verificação deveria ser aplicada em todas as cirurgias, sendo elas: antes do início da anestesia (Entrada); antes da incisão na pele (Pausa Cirúrgica); e antes da saída do paciente da sala cirúrgica (Saída) (Moraes, Néó, Almeida, Sandes, 2018, p. 7).

Na primeira fase (entrada), é necessária a presença do anestesiológico e da equipe e enfermagem, no mínimo. Nessa etapa, o coordenador da lista/protocolo confirma verbalmente com o paciente a sua identificação e que o consentimento para a cirurgia foi confirmado. Após isso, deverá o coordenador se certificar de que o cirurgião

realizou a demarcação do local da cirurgia corretamente. Ato contínuo, deverá ser verificado se todo o equipamento anestésico foi devidamente inspecionado (ANVISA, 2009, p. 198).

Na segunda etapa, a chamada “Pausa Cirúrgica”, é realizada uma pausa momentânea logo antes da incisão cutânea, a fim de confirmar que as verificações de segurança foram compreendidas e que toda a equipe cirúrgica está devidamente envolvida. Aqui, há a confirmação pelo cirurgião de que o local da cirurgia está correto, o procedimento é o que está listado e o paciente é o correto (ANVISA, 2009, p. 201).

Já na terceira e última fase, esta deverá ocorrer antes da saída do paciente do centro cirúrgico, tem como objetivo garantir a transferência de informações corretamente para as equipes responsáveis pela assistência do paciente durante todo o pós-operatório (ANVISA, 2009, p. 205).

É imprescindível que todos os profissionais envolvidos conheçam a importância de cada etapa, evitando, por exemplo, o preenchimento da lista/protocolo de forma errônea, comprometendo a colheita de informações indispensáveis ao procedimento cirúrgico (Moraes, Néo, Almeida, Sandes, 2018, p. 10).

Para Felipe (2022, p.228), a elaboração de documentos voltados à cirurgia segura nada mais é do que uma rotina do comportamento dos médicos e hospitais, sendo a realização deste ato médico dentro dos padrões mínimos esperados de segurança. A exemplo destes documentos, tem-se a identificação do paciente em pulseira, verificação de materiais no início e no fim do ato cirúrgico, revisão do local da cirurgia em conformidade com os exames realizados e a pronta adequação da esterilização do ambiente hospitalar nos padrões estabelecidos pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Apesar do avanço significativo da medicina e, conseqüentemente, da segurança cirúrgica, pelo menos metade dos eventos adversos ocorre durante a assistência cirúrgica. Dessa forma, conforme dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2009, p. 13), estima-se que os chamados eventos adversos afetam entre 3% e 16% dos pacientes hospitalizados, sendo mais da metade reconhecidamente previsíveis.

Mesmo nas intervenções mais simples, são envolvidas múltiplas etapas críticas que representam oportunidades para erros potencialmente danosos aos pacientes, demandando a implementação de medidas preventivas, destacando-se a

identificação correta do paciente e do local cirúrgico, esterilização eficiente dos materiais, administração segura da anestesia e rigor técnico na execução do procedimento (Silva, Conde, Martinasso, Maltempi, Jacon, 2019, p. 2).

O preenchimento incompleto ou até o não preenchimento de todas as etapas do protocolo é corriqueiro nas equipes dentro do centro cirúrgico, o que poderá causar danos aos pacientes, podendo estes serem evitados com a observância ao protocolo aliado à implementação do programa de *Compliance* que irá proceder com o monitoramento das atividades hospitalares e poderá evitar a ocorrência de condutas negligentes como esta (Silva, Conde, Martinasso, Maltempi, Jacon, 2019, p. 6).

Um estudo realizado por Silva, Conde, Martinasso, Maltempi e Jacon (2019, p. 3), constatou que, dos trinta e cinco entrevistados entre médicos e residentes, 51,47% confirmaram a existência do Protocolo de Cirurgia Segura na grade curricular da faculdade, porém 58,83% negaram a participação em algum treinamento para o uso deste protocolo. Além disso, no que diz respeito a eventos adversos durante a operação, 70,58% dos entrevistados confirmaram que detectaram problemas ao longo do procedimento cirúrgico devido a equipamentos não calibrados. Por fim, ao serem questionados a respeito das situações de imprevisto com o paciente já anestesiado, 26,47% afirmaram que já presenciaram a suspensão do procedimento cirúrgico devido à falta de equipamentos.

Esses dados refletem a seriedade que deve ser atribuída a este protocolo que muitas vezes é colocado de lado por não ser considerado tão importante, mas que a sua correta aplicação evita prejuízos incalculáveis aos hospitais e pacientes, evitando litígios e condenações estratosféricas.

Os erros em decorrência da má observação do protocolo de cirurgia segura já causaram sérios prejuízos aos pacientes e hospitais privados, ensejando condenações vultuosas, quando poderiam ser evitadas caso o Protocolo de Cirurgia Segura fosse devidamente observado. Isso é perceptível a partir da análise das ementas dos processos 1015590-15.2015.8.26.0506 e 0020630-35.2004.8.26.0100¹⁷, ambos do Tribunal de Justiça de São Paulo.

¹⁷ APELAÇÃO – Ação de Indenização por Danos Morais e Materiais – Erro médico – Propositura por paciente contra hospital, médico e médico auxiliar - Alegação de erro na realização de cirurgia para colocação de stent na carótida direita quando o correto seria na carótida esquerda - Sentença de parcial procedência com relação ao hospital e médico e de improcedência em relação ao médico auxiliar -

No primeiro caso, a Apelação Cível de número 1015590-15.2015.8.26.0506, julgada pela 10ª Câmara de Direito Privado de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, a condenação do hospital e do médico que realizou o procedimento atingiu a importância de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), isso porque, durante o procedimento cirúrgico, foi colocado um *stent* (instrumento utilizado para manter o fluxo sanguíneo em uma artéria) do lado direito da artéria carótida, quando o certo era colocar do lado esquerdo. Tendo em vista esse contexto, a Turma Julgadora entendeu pela condenação expressiva do nosocômio e do esculápio que realizou o procedimento, quando esta poderia ter sido evitada pela adequada aplicação do Protocolo de Cirurgia Segura, uma vez que, conforme dito anteriormente, uma de suas etapas é a verificação específica do lado em que a cirurgia será realizada.

Já no outro caso, a Apelação Cível de número 0020630-35.2004.8.26.0100, julgada pela 8ª Câmara de Direito Privado, foro Central Cível, Estado de São Paulo, a

Inconformismo das partes: do hospital, suscitando preliminar de ilegitimidade passiva e alegando, no mérito, não caber as indenizações pleiteadas e, subsidiariamente, requerendo a redução da condenação; do médico, pugnano pela improcedência da ação por inexistência denexo causal e, caso assim não se entenda, requer a redução da condenação; da autora, pleiteando a responsabilização solidária do médico auxiliar – Preliminar rejeitada dada a comprovação dos médicos réus pertencerem ao corpo clínico do hospital – Erro médico comprovado pela perícia que concluiu que no ato cirúrgico realizado pelos médicos réus, no hospital corréu, houve a colocação de *stent* na carótida direita quando o correto seria na esquerda - Médico auxiliar que também deve ser responsabilizado pelo erro médico por integrar a cadeia de serviço – Falta de nexo causal entre o erro médico apurado e o estado vegetativo em que ficou a autora em decorrência de AVC sofrido – Réus devem responder apenas pelo erro médico que dá ensejo à indenização por dano moral que, contudo, comporta redução para R\$ 200.000,00 – Recurso da autora provido e parcialmente provido os dos réus. (TJSP; Apelação Cível 1015590-15.2015.8.26.0506; Relator (a): José Aparício Coelho Prado Neto; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado; Foro de Ribeirão Preto - 8ª Vara Cível; Data do Julgamento: 04/02/2025; Data de Registro: 05/02/2025)

APELAÇÃO – ERRO MÉDICO – Cirurgião que se equivoca quanto ao lado do cerebelo a ser operado para extirpação de tumor maligno – Retirada de tecido saudável encontrado do lado oposto ao do tumor – Biópsia que não acusou a doença – Diagnóstico errado causado por manifesto e grosseiro erro médico – Retardo no início do tratamento possível – Necessidade de uma segunda cirurgia para se fazer o que a primeira não fez, a qual veio a ser realizado por outro profissional – Biópsia positiva para câncer – Consequências do erro que motivaram também a necessidade de o paciente ser novamente operado mesmo sem condições ideais, enfraquecido pela continuidade da doença e pela medicação prescrita por quase dois meses, até a segunda cirurgia – Nexo causal da conduta que não se relaciona com o resultado morte, mas sim com o dano decorrente da perda da chance de se iniciar rapidamente o tratamento e se garantir algum tempo a mais de sobrevida, com dignidade e sem sofrimento desnecessário – Legitimidade passiva do hospital e da operadora de saúde anteriormente reconhecida em acórdão desta Câmara, que anulou a primeira sentença, para modificação do polo passivo – Inocorrência de julgamento extra petita e de parcialidade do perito – Sentença ratificada - Valor da indenização fixado em R\$250.000,00 que se mostra excessivo à espécie e por isso é reduzido para R\$100.000,00 – NEGARAM PROVIMENTO AO RECURSO DA AUTORA e DERAM PARCIAL PROVIMENTO AO RECURSO DOS CORRÉUS. (TJSP; Apelação Cível 0020630-35.2004.8.26.0100; Relator (a): Alexandre Coelho; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 03/04/2024; Data de Registro: 03/04/2024)

condenação do hospital, da operadora de saúde e do médico que realizou o procedimento em R\$ 100.000,00 (cem mil reais), em razão do lado errado que o cirurgião efetuou a intervenção, retirando o lado saudável do cerebelo, quando o tecido a ser removido era o do lado oposto.

Mais uma vez, resta demonstrada a imprescindibilidade da aplicação correta do Protocolo de Cirurgia Segura, que exige, em uma das suas fases, a confirmação da localidade em que a cirurgia será realizada, evitando assim, equívocos grosseiros como este da Apelação analisada, que ainda ensejou a necessidade de realização de outra intervenção cirúrgica.

Contudo, apesar dos resultados inegavelmente positivos com a sua aplicação, esta implementação enfrenta diversas dificuldades, como por exemplo a sobrecarga e trabalho da equipe, a falta de conhecimento das etapas do protocolo e o reconhecimento de que o instrumento é de grande relevância para o quadro clínico do paciente. Dessa forma, merece destaque o fato de que a contribuição de lista de cirurgia segura está umbilicalmente associada à sua implementação adequada e à observância rigorosa da sua execução, de modo que, assim como em todos os outros setores, a verificação do atendimento aos procedimentos de prevenção deverá funcionar como um ecossistema dentro dos nosocômios (Moraes, Néó, Almeida, Sandes, 2018, p. 11).

A eficácia da implementação do protocolo de cirurgia segura é perceptível, mas carece de educação e treinamento contínuos e a verificação periódica. Diante disso, acredita-se que o gerenciamento de risco permite que os profissionais avaliem o cuidado ofertado ao paciente, analisando e dispondo de práticas mais adequadas que diminuam os problemas a que estão sujeitos o até antecipe, resultando em procedimentos mais assertivos (Moraes, Néó, Almeida, Sandes, 2018, p. 11).

A implantação de um programa de *compliance* permite proporcionar uma contribuição institucional entre os gestores e colaboradores, a fim de que todos sejam uníssomos no sentido de observar o fiel cumprimento aos mandamentos institucionais e legais (Mânica, 2018, p. 462).

A atuação do sistema de *Compliance* cria um ambiente propenso a uma manutenção saudável dos mecanismos gerenciais e administrativos, de modo que falhas oriundas de falta de *expertise*, ausência de organização, ou até descumprimento de protocolos

e/ou códigos de conduta sejam reconhecidos e retificados com mapeamento de riscos, capacitação e treinamento contínuo dos colaboradores, evitando maiores transtornos e reduzindo mortes sequelas evitáveis e a litigiosidade, devendo ser um artifício inseparável dos hospitais privados. Desse modo, o protocolo de cirurgia segura tenderia a ser melhor aplicado dentro dos hospitais quando aliado a um programa de *Compliance* eficaz.

4.5 O Consentimento Esclarecido e o *Compliance*

Assim como exposto no tópico anterior, outro documento igualmente importante aos hospitais é o Consentimento Livre e Esclarecido, que, segundo Felipe (2022, p. 229), nada mais é do que um documento obtido de um indivíduo capaz civilmente e apto para entender e considerar a descrição do procedimento a ser realizado, livre de coação, influência ou indução, devendo ser feito de maneira a observar a peculiaridade de cada paciente, adotando uma linguagem clara e acessível.

Esse consentimento é indispensável, uma vez que esclarece todo o procedimento a ser realizado, com os possíveis riscos e intercorrências que poderão ocorrer, servindo, inclusive, um mecanismo de defesa em um possível litígio envolvendo a responsabilidade médica (França, 2015, p.286).

Fala-se em consentimento informado, pois este é exigido para que os médicos possam realizar qualquer intervenção que ofereça risco. O termo “consentimento” aparece, pois o paciente ou seu responsável, por opção, precisará concordar com tudo que vai ocorrer durante o procedimento. Fala-se em “esclarecido”, porque o termo deverá ser obtido após dispensadas todas as informações, de maneira clara e em linguagem acessível ao enfermo (Santos, 2019, p. 182).

Um ponto importante sobre o consentimento esclarecido é que, além de toda explicação detalhada acerca do que irá ocorrer durante o procedimento, há o chamado princípio da autonomia da vontade que, segundo Santos (2008, p. 183), é aquele em que todo indivíduo tem garantido o direito de escolher o seu próprio destino e de optar pelo que prefere fazer com a sua vida.

Dessa maneira, somente após receber as devidas informações e compreendê-las é que será possível, a quem tem de decidir, sopesar os prós e os contras do

procedimento, consentindo ou não com ele, de forma esclarecida, podendo este consentimento ser revogado a qualquer tempo pelo paciente (França, 2019, p.220).

A relevância do dever de informação é tamanha que o Código de Ética Médica (CEM), em seu art. 22¹⁸, apresenta uma vedação expressa a inobservância de obtenção do consentimento do paciente, garantindo o respeito à autonomia da vontade dos enfermos.

Além disso, o direito de somente ser submetido a intervenção médica após o consentimento esclarecido também encontra respaldo no direito positivo pátrio por meio dos arts. 13 e 15¹⁹ do Código Civil de 2002, afastando qualquer dúvida acerca dos direitos da personalidade atribuídos à proteção do corpo humano, à integridade física da pessoa, assim como o consentimento esclarecido do paciente no que diz respeito à submissão a tratamentos médicos.

Deve, então, em observância ao dever de informação e ao princípio da autonomia, o paciente ser devidamente informado acerca da moléstia que lhe acomete, sobre o tratamento a ser realizado e a respeito do possível prognóstico. Contudo, há uma exceção a esta regra apresentada por Santos (2008, p. 184), decorrente das especificidades da medicina, chamada de “privilégio terapêutico”, sendo esta a possibilidade em que o médico estaria autorizado a sonegar algumas informações ao paciente sempre que um dano psicológico possa ser causado ao enfermo de tal modo que acabe por agravar a sua condição ou reduzir as suas chances de cura. Nestes casos, as informações deverão ser transmitidas ao representante legal do paciente ou aos seus familiares próximos.

Santos (2008, p. 185), assim como a maior parte da doutrina e jurisprudência, defende que a inobservância do colhimento do consentimento esclarecido, ou até o seu atendimento deficitário (termos genéricos ou mal escritos) seja hipótese de objetivação da responsabilidade dos nosocômios e esculápios, em razão da violação ao dever de informação.

Importante mencionar que há uma cultura enraizada no ambiente médico-hospitalar em que os consentimentos muitas vezes são colhidos pelas enfermeiras ou

¹⁸ Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

¹⁹ Art. 13. Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes.

Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

profissionais que não sejam os médicos em si. Esse comportamento é perigoso, uma vez que é dever dos médicos e dos hospitais colherem o consentimento esclarecido dos pacientes, sendo uma peça fundamental na hora de prestar os esclarecimentos necessários a respeito do tratamento a ser realizado, podendo ser um dos fatores a agravar a condição dos médicos e hospitais em demandas judiciais.

Como forma de prevenção aos riscos decorrentes do não colhimento do consentimento informado dos enfermos, o Programa de *Compliance* emerge como um mecanismo precioso, sendo capaz de atuar incisivamente na verificação da obtenção dos consentimentos esclarecidos pelos profissionais de saúde, servindo também como auxiliar na garantia da comprovação do colhimento deste consentimento de cada paciente.

Os erros a respeito do procedimento de colheita do consentimento esclarecido ou o seu não colhimento repercutem diretamente na incidência de demandas judiciais por erro médico, com condenações expressivas, inclusive de hospitais, a exemplo do posicionamento adotado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) no REsp n. 1.848.862/RN e da 0702465-73.2017.8.07.0001 do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) ²⁰.

No primeiro caso, o Recurso Especial n. 1.848.862/RN, de Relatoria do Ministro Marco Aurélio Bellizze e julgado pela Terceira Turma do STJ, o que chama a atenção é o fato da causa de pedir não estar fundamentada em erro médico, mas sim na ausência de esclarecimentos sobre os riscos e eventuais dificuldades do procedimento cirúrgico realizado, ensejando uma condenação de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

²⁰ RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO PARA RESOLVER SÍNDROME DA APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO (SASO). FALECIMENTO DO PACIENTE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. FALHA NO DEVER DE INFORMAÇÃO ACERCA DOS RISCOS DA CIRURGIA. CONSTATAÇÃO APENAS DE CONSENTIMENTO GÉNÉRICO (BLANKET CONSENT), O QUE NÃO SE REVELA SUFICIENTE PARA GARANTIR O DIREITO FUNDAMENTAL À AUTODETERMINAÇÃO DO PACIENTE. RESTABELECIMENTO DA CONDENAÇÃO QUE SE IMPÕE. REDUÇÃO DO VALOR FIXADO, CONSIDERANDO AS PARTICULARIDADES DA CAUSA. RECURSO PROVIDO PARCIALMENTE. (REsp n. 1.848.862/RN, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 5/4/2022, DJe de 8/4/2022.)

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. HOSPITAL. DEFEITO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS. RESPONSABILIDADE OBJETIVA. DEVER DE INFORMAÇÃO. INADIMPLEMENTO. ARTS. 6º, III, 8º e 9º, DO CDC. VIOLAÇÃO. CATETERISMO CORONARIANO. CONSENTIMENTO INFORMADO. AUSÊNCIA. PRINCÍPIO DA AUTONOMIA DA VONTADE. AUTODETERMINAÇÃO. OFENSA. CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. DESCUMPRIMENTO. DANO EXTRAPATRIMONIAL. CONFIGURADO. SENTENÇA REFORMADA. (TJ-DF 07024657320178070001 DF 0702465-73 .2017.8.07.0001, Relator.: CARLOS RODRIGUES, Data de Julgamento: 15/07/2020, 1ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE: 24/07/2020. Pág.: Sem Página Cadastrada.)

Merece destaque o trecho do acórdão que menciona o direito do paciente a ter sua autonomia preservada, possibilitando, assim, “manifestar, de forma livre e consciente, o seu interesse ou não na realização da terapêutica envolvida, por meio do consentimento informado”.

Outra fundamentação relevante é a menção aos arts. 6º, inciso III, e 14 do Código de Defesa do Consumidor²¹, além do art. 15 do Código Civil, já mencionado, expondo que a informação prestada ao paciente deve ser clara e precisa, não bastando a explanação genérica acerca da intervenção realizada, comprometendo o consentimento informado do paciente.

Assim, a condenação se deu em razão da impossibilidade de comprovação do dever de informação ao paciente acerca dos prováveis riscos que estaria sujeito ao realizar o procedimento cirúrgico o que, conseqüentemente, desaguaria na responsabilização civil dos médicos envolvidos.

No segundo caso, a Apelação Cível 0702465-73.2017.8.07.0001, julgada pela Primeira Turma Cível do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT), a condenação do hospital se deu em decorrência da inobservância do dever de informação ao paciente, revelando a importância desta atribuição dos profissionais de saúde e hospitais no tratamento dos seus enfermos.

O respeito à boa-fé objetiva merece destaque também, uma vez que mostra o crédito que o tratamento humano e social possui diante das relações médico-hospitalares, evidenciando a relevância do respeito à opção do paciente.

A relação do consentimento informado e o *Compliance* se faz presente no momento em que um programa de conformidade adequadamente instalado vai possibilitar, através do seu monitoramento contínuo e processos de atualização constantes, o devido atendimento ao dever de informação e ao princípio da autonomia da vontade do paciente, de modo que poderá ser forte instrumento na redução de demandas por responsabilidade civil hospitalar, fazendo com que os termos de consentimento não somente sejam colhidos, mas também adequados a cada realidade do enfermo.

Um fato importante que também deve ser destacado é que há uma resistência entre os médicos e hospitais em colher adequadamente o consentimento esclarecido de

²¹ Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;

seus pacientes, elaborando muitas vezes *blanket consents*, ou seja, termos genéricos, previamente moldados, a fim de agilizar os atendimentos, o que também enseja a objetivação da responsabilidade dos hospitais. A exemplo do caso citado acima no Recurso Especial n. 1.848.862/RN, o fato de ter um consentimento genérico ensejou a responsabilização do hospital, pois este deveria ser elaborado de forma a observar as peculiaridades do caso o enfermo, sendo inadmissível a colheita genérica do consentimento dos pacientes.

Sendo assim, o Programa de *Compliance* surge como um instrumento que também poderá auxiliar na adequação da obtenção do consentimento esclarecido dos pacientes, instituindo diretrizes que incentivem os médicos e hospitais a colherem os consentimentos, servindo também no armazenamento destes documentos que poderão ser utilizados como mecanismos de defesa em eventuais demandas judiciais, uma vez que cabe a ele adotar as medidas preventivas cabíveis.

5 CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo demonstrar a importância do Programa de *Compliance* para a redução de litígios em hospitais privados, investigando de que forma sua implementação pode contribuir para a diminuição das demandas judiciais por responsabilidade civil hospitalar. Através de uma análise sistemática dos fundamentos teóricos do *Compliance*, da responsabilidade civil hospitalar e da correlação entre ambos os institutos, foi possível compreender a relevância prática e jurídica desta ferramenta de gestão de riscos no contexto da saúde privada.

A evolução histórica do *Compliance* demonstrou sua consolidação como mecanismo essencial de governança corporativa, transcendendo seu surgimento no setor financeiro para alcançar diversos segmentos econômicos, incluindo o ambiente hospitalar. A definição contemporânea do instituto revela sua natureza multidisciplinar, abrangendo não apenas o cumprimento de normas regulamentares, como também a implementação de uma cultura organizacional voltada à ética, transparência e gestão proativa de riscos. Esta amplitude conceitual se mostra particularmente relevante no ambiente hospitalar, onde a complexidade das atividades e a vulnerabilidade dos pacientes exigem rigorosos padrões de qualidade e segurança.

A análise da responsabilidade civil hospitalar evidenciou a peculiaridade do setor, caracterizada pela coexistência de duas teorias de responsabilidade, refletindo a natureza híbrida da atividade hospitalar, que combina deveres de hospedagem com assistência médica especializada. Com o crescimento exponencial das demandas judiciais contra hospitais privados, resta constatada a premência da implementação de mecanismos preventivos eficazes dentro das instituições hospitalares privadas, de modo que a sua relevância foi amplamente demonstrada por ter, dentre outras características, um objetivo menos nocivo à sociedade.

A correlação entre *Compliance* e a redução de litígios em hospitais privados foi fundamentada tanto na análise econômica da prevenção, quanto no estudo sobre o programa de *Compliance* e os mecanismos já previstos na medicina que, quando aplicados em conjunto, tendem a influenciar diretamente na diminuição de demandas hospitalares, sendo medida necessária tanto para a segurança dos hospitais e pacientes. A perspectiva econômica revelou que o investimento em programas de

conformidade representa custo significativamente inferior aos gastos com litígios considerando não apenas os valores de condenações e custas processuais, mas também aos custos indiretos relacionados aos prejuízos à imagem do hospital e o distanciamento da relação dos hospitais com seus pacientes. Esta análise de custo-benefício demonstra a racionalidade econômica da adoção de programas de *Compliance* como estratégia empresarial sustentável.

O estudo do protocolo de cirurgia segura ilustrou de forma concreta como a implementação de procedimentos padronizados de *Compliance* pode prevenir eventos adversos e, conseqüentemente, reduzir a incidência de demandas judiciais, quando devidamente aplicado. A sistematização de práticas através de *checklists*, treinamentos periódicos e monitoramento contínuo representa materialização prática dos princípios teóricos do *Compliance*, demonstrando sua aplicabilidade efetiva no cotidiano hospitalar.

A distinção entre *Compliance* e medicina defensiva revelou-se fundamental para compreender a natureza proativa do programa de conformidade em contraposição ao caráter reativo da medicina defensiva. Enquanto a medicina defensiva surge como resposta ao medo de processos judiciais, muitas vezes comprometendo a eficiência do atendimento através de exames desnecessários e procedimentos excessivos, o *Compliance* atua de forma preventiva, estabelecendo protocolos que protegem, simultaneamente, pacientes, os hospitais e profissionais de saúde, sem comprometer a qualidade da prestação de serviços de saúde.

A implementação adequada de programas de *Compliance* hospitalar demanda uma estrutura organizacional, com definição clara de responsabilidades e hierarquias. O *Compliance Officer* emerge como figura central neste processo, responsável não apenas pela elaboração de políticas, mas também pelo monitoramento contínuo de sua efetividade. Assim, a capacitação técnica deste profissional, aliada ao apoio da alta administração do hospital, constitui fator determinante para o sucesso do programa.

A pesquisa evidenciou que hospitais com programas de *Compliance* apresentam uma forte inclinação para a melhoria da qualidade assistencial, quanto de redução de litígios, uma vez que, a prevenção é ponto fulcral do programa, resultando inevitavelmente na redução de litígios. Esta correlação se faz necessária para concluir que o programa de conformidade não deve ser observado como mero custo

operacional, mas como investimento estratégico capaz de gerar valor tanto para os hospitais, quanto para seus pacientes.

No contexto regulatório brasileiro, a implementação de programas de *Compliance* hospitalar encontra respaldo na crescente exigência de órgãos reguladores, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Ministério da Saúde, que progressivamente incorporam critérios de governança e gestão de riscos em suas avaliações, de modo que essa tendência regulatória fortalece a importância do *Compliance* como instrumento de adequação normativa e melhoria da qualidade assistencial.

A análise jurisprudencial evidenciou a relevância que os programas de *Compliance* podem ter frente às condenações vultuosas a que os hospitais têm sido submetidos, uma vez que os mecanismos de prevenção característicos deste programa auxiliam na redução de riscos de demandas judiciais com pedidos indenizatórios consideráveis.

Contudo, é importante ressaltar que a mera existência formal desse programa não é suficiente para garantir seus benefícios, ou seja, não implica em adequação aos parâmetros legais o simples “*Compliance* de papel”, devendo a sua efetividade ser genuinamente implementada, com o engajamento de todos os níveis hierárquicos do hospital e com o constante monitoramento, com a finalidade de perpetuar e evoluir cada vez mais sistema de conformidade hospitalar.

Em conclusão, a hipótese inicial desta pesquisa sagrou-se confirmada, uma vez que o *Compliance* constitui um instrumento eficaz para redução de litígios em hospitais privados, desde que implementado de forma estruturada, genuína e contínua. Sua adoção representa não apenas estratégia de gestão de riscos, mas compromisso institucional com a excelência assistencial e a responsabilidade social. Os benefícios identificados transcendem a mera redução de custos judiciais, abrangendo melhoria da qualidade de assistência à saúde, fortalecimento da cultura organizacional e aprimoramento da relação com pacientes e familiares.

Recomenda-se, portanto, que hospitais privados considerem seriamente a implementação de Programas de *Compliance* como um dos investimentos prioritários, não apenas para proteção jurídica, mas como ferramenta de gestão capaz de promover excelência operacional e sustentabilidade institucional. Futuro do setor

hospitalar privado no Brasil certamente será influenciado pela capacidade das instituições de se adaptarem a esta nova realidade regulatória e de mercado, na qual o *Compliance* deixa de ser diferencial competitivo para tornar-se requisito básico de operação responsável e eficiente.

REFERÊNCIAS

AGUIAR DIAS, José de. **Da responsabilidade civil**. v. 1. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1994.

AGUIAR JÚNIOR, Ruy Rosado de. Responsabilidade civil do médico. Coletânea de julgados e momentos jurídicos dos Magistrados no TFR e STJ. In: TEIXEIRA, Salvio de Figueiredo (Coord.). **Direito & Medicina: Aspectos jurídicos da medicina**. Belo Horizonte: Del Rey, 2010 p. 133-180.

ANDRADE, Renata Fonseca de. *Compliance* no relacionamento com o governo. In: NOHARA, Irene Patrícia; PEREIRA, Flávio de Leão Bastos (coord.). **Governança, Compliance e Cidadania**. São Paulo: Thomson Reuters, 2018, p. 323-350.

ARRUDA, Renato Simão de; MEDICI, Sergio de Oliveira. Atribuições, deveres e responsabilidades do compliance officer. **III Encontro Virtual do CONPEDI criminologias e política criminal I**. Florianópolis, 2021. Disponível em: <http://site.conpedi.org.br/publicacoes/276gsltp/991zo88p/qUy9xu7LuV48U7ec.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2024

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **Infográfico apresenta panoramas da judicialização da saúde e da medicina no Brasil**. São Paulo: APM, 2024. Disponível em: <https://www.apm.org.br/infografico-apresenta-panoramas-da-judicializacao-da-saude-e-da-medicina-no-brasil/> Acesso em: 10 mai. 2025.

BRASIL. **Lei 8.078**, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso: 18 abr. 2025

BRASIL. **Lei nº 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 25 mar. 2025

BRASIL. **Lei 12.846**, de 1 de agosto de 2013. Dispõe sobre a responsabilização administrativa de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/lei/l12846.htm. Acesso em: 10 mar. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 11.129**, de 11 de julho de 2022. Regulamenta a Lei 12.846, de 1 de agosto de 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2022/decreto/d11129.htm. Acesso em: 10 abr. 2025

BRASIL. Instituto Nacional de Tecnologia da Informação. Programa de Integridade e *Compliance*. Brasília: ITI, 2018. Disponível em: [https://www.gov.br/iti/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/Programa de Integridade e Compliance](https://www.gov.br/iti/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/Programa%20de%20Integridade%20e%20Compliance) Assinado 1.pdf. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Brasília. Ministério da Saúde, 2009.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf. Acesso em 11 abr. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Embargos de Divergência em Recurso Especial n. 1.280.825/RJ – proc.2011/0190397-7. Embargante: Clube de Investimento dos Empregados da Vale Investvale; Francisco Valadares Póvoa.

Embargado: Associação aposentados, pensionistas, empregados ativos e ex-Empregados da Companhia Vale do Rio Doce, suas empreiteiras, controladas e coligadas-apevale. Relatora: Min. Nancy Andrighi. Brasília, DJe de 2 ago. 2018.

Disponível em:

https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201101903977&dt_publicacao=02/08/2018. Acesso em: 06 jun. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial n. 1.280.825 - 2018/0268921-9. Recorrente: Anna Maria Trindade dos Reis; Geraldo José Macedo da Trindade. Recorrido: José Delfino da Silva Neto; Pedro Oliveira Cavalcanti Filho, Clínica Pedro Cavalcanti Ltda. Relator: Min. Marco Aurélio Bellizze. Brasília, DJe 08 abr. 2022. Disponível em:

<https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/1482586078>. Acesso em: 04 jun. 2025.

CARVALHAES, Andréia Schneider Nunes; MENDONÇA, Diego Garcia. *Compliance* enquanto procedimento para resolução de conflitos de interesses nas corporações. In: NOHARA, Irene Patrícia; PEREIRA, Flávio de Leão Bastos (coord.).

Governança, Compliance e Cidadania. São Paulo: Thomson Reuters, 2018, p. 291-310.

CATRAN, Fabiano; CRESPO, Danilo Leme. Um novo compliance no setor de saúde suplementar para solução de um velho problema: as fraudes em órteses, próteses e materiais especiais (OPME). In: CUEVA, Ricardo Villas Bôas; FRAZÃO, Ana (coords.). **Compliance: perspectivas e desafios dos programas de conformidade**. Belo Horizonte: Fórum, 2018, p. 261-284.

CESAR, Ana Maria Roux Valentini Coelho; LEVORATO, Danielle Cristine da Silva. O papel da cultura organizacional na implantação do programa de *Compliance* na área de infraestrutura da Odebrecht Engenharia e Construção. In: NOHARA, Irene Patrícia; PEREIRA, Flávio de Leão Bastos (coord.). **Governança, Compliance e Cidadania**. São Paulo: Thomson Reuters, 2018, p. 351-378.

COLARES, Wilde Cunha. **Ética e compliance nas empresas de outsourcing**. 2015. Tese. (Pós-Graduação) – Instituto de Ensino e Pesquisa – INSPER, Salvador. Orientador: Prof. Daniel Martins Boulos. Disponível em:

https://repositorio.insper.edu.br/bitstream/11224/1238/1/Wilde%20Cunha%20Colares_Trabalho.pdf. Acesso em: 10 jan. 2025.

COMIOTTO, Maria Eduarda. **Compliance aplicado ao direito penal brasileiro: com ênfase na lei de lavagem de dinheiro e na lei anticorrupção.** 2020. Tese (Trabalho de conclusão de curso). - Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - (PUCRS), Rio Grande do Sul. Orientador: Flávio Cruz Prates. https://www.pucrs.br/direito/wp-content/uploads/sites/11/2021/01/maria_comiotto.pdf

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução.** Brasília: CNJ, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2025.

Controladoria Geral da União. **Programa de Integridade, Diretrizes para Empresas Privadas.** Brasília: CGU, 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/integridade/arquivos/programa-de-integridade-diretrizes-para-empresas-privadas.pdf> Acesso em: 13 ago. 2024

CRESPO, Marcelo. *Compliance* digital. In: NOHARA, Irene Patrícia; PEREIRA, Flávio de Leão Bastos (coord.). **Governança, Compliance e Cidadania.** São Paulo: Thomson Reuters, 2018, p. 173-187.

CRISTIANO, Chaves; ROSENVALD, Nelson; NETTO; Felipe Peixoto Braga. **Curso de Direito Civil: Responsabilidade Civil**, v.3. 2. ed., São Paulo: Atlas, 2015.

CRUZ, André Santa. **Manual de Direito Empresarial**.v. único. 14.ed., rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora Juspodium, 2024.

DA SILVA, Ana Paula Gonzatti. Compliance na Área da Saúde? **Revista de Direito Sanitário.** São Paulo, v.21, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2021.160256> Acesso em: 13 set. 2024.

DA SILVA, Helton Junior. Compliance e integridade empresarial: a valoração ética na governança corporativa. **Revista de Direito da Universidade FUMEC.** Belo Horizonte, v. 17, 2022, p. 129-145. Disponível em: <https://revista.fumec.br/index.php/meritum/issue/view/432>. Acesso em: 10 fev. 2025.

DANTAS, Eduardo Vasconcelos dos Santos. **Direito Médico.** 1. ed. Rio de Janeiro: GZ., 2009.

DANTAS, Patrícia. **A Importância do Compliance na Área da Saúde.** 2023. Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/artigo-a-importancia-do-compliance-na-area-da-saude/> Acesso em: 09 ago. 2024

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal. Apelação Cível nº 07024657320178070001. Primeira Turma Cível. Relator: Carlos Rodrigues. Julgado em 15 jul. 2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-df/882299158>. Acesso em: 04 jun. 2025.

FELIPE, Marcio Gonçalves. **A Aplicação do Compliance em Hospitais Privados para Prevenção de Erro Médico e Mitigação de Danos**. New York: Lawinter Editions, 2022.

FIDELIS, Vitor Lucas Seixas. **A extensão da responsabilidade penal do compliance officer**, 2020. Tese. - Faculdade de Direito, Universidade Estadual do Rio de Janeiro – (UERJ), Rio de Janeiro. Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Carvalho Disponível em: <http://www.cpjm.uerj.br/wp-content/uploads/2020/11/A-extensao-da-responsabilidade-penal-do-compliance-officer.pdf>. Acesso em 19 ago. 2024

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito médico**. 12. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2015.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito médico**. 15. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

GAGLIANO, Pablo Stolze. PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo Curso de Direito Civil: obrigações**. vol. II. 12. Ed. São Paulo: Saraiva, 2011

GARCIA, Renata Adriane; LIBÂNIO, Cláudia de Souza. A gestão do *Compliance* em instituições de saúde, v. 26, n. 1. Belo Horizonte: Reuna, p. 22-42. Disponível em: <http://revistas.una.br/index.php/reuna/article/view/1183> Acesso em: 11 set. 2024.

GERMANO, Maíra Idalina Vieira; LAURINDO, Mariana Cândida; FLÓRIO, Maria Cristina; MENEZES, Mário Sérgio; SOUZA, Danilo Arruda; NADAI, Tales Rubens de. A implantação do protocolo de cirurgia. **Revista Qualidade HC**. Ribeirão Preto, v.1, 2016, p. 8-13. Disponível em: <https://hcrp.usp.br/revistaqualidadehc/uploads/Artigos/143/143.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Compliance à luz da governança corporativa**. São Paulo: IBGC, 2017. E-book.

KNOEPKE, Luciano. O sistema de compliance: notas introdutórias. **Revista Jurídica da Escola Superior de Advocacia da OAB-PR**. Curitiba v. 4, 2019. Disponível em: <https://revistajuridica.esa.oabpr.org.br/wp-content/uploads/2019/10/revista-esa-10-cap-05.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2025.

LEAL, Luiza de Sena Góes. **A responsabilidade jurídico-penal do compliance officer pela sua omissão ante as infrações cometidas no âmbito da pessoa jurídica**. 2018. Tese. (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade de Direito -, Universidade Federal da Bahia, Salvador. Orientador: Dr. Sebastián Borges de Albuquerque Mello. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/26424> Acesso em: 18 nov. 2024.

LOURENÇO, Larissa Cristina; TIBO, Paula Hernont Diniz. **Compliance em saúde: o caminho da integridade de um sistema**. **Epitaya E-books**, [S.l.], v.1, nn.11, p. 10t6 – 125, 2022. DOI: 10.47879/ed.ep.2022496p106. Disponível em: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/462> Acesso em: 19 nov. 2024.

MÂNICA, Fernando Borges. *Compliance* no setor da saúde. In: NOHARA, Irene Patrícia; PEREIRA, Flávio de Leão Bastos (coord.). **Governança, Compliance e Cidadania**. São Paulo: Thomson Reuters, 2018, p. 461-476.

MORAES, Vinielly Moura; NÉO, Elielma Andrade; ALMEIDA, Regina Conceição de; SANDES, Sílvia Márcia dos Santos. Dificuldades na Implantação da lista de Verificação de Cirurgia Segura: Uma Revisão Integrativa. **Revista Facitec**, Sergipe, v. 10, 2019, p. 3-13. <https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/e-revistafacitec/article/view/1840/1475> Acesso em: 11 abr. 2025.

MOURA, Raissa Lima. **A responsabilidade penal do compliance officer**. 2016. Tese. (Monografia) - Faculdade de Direito, Faculdade Baiana de Direito – (FBDG), Salvador. Orientadora: Profa: Daniela Portugal. Disponível em: <http://portal.faculdadebaianadedireito.com.br/portal/monografias/Ra%C3%ADssa%20Lima%20Moura.pdf> Acesso em: 25 set. 2024.

OLIVEIRA, Alexsandro. A implementação do programa de compliance na saúde: desafios e estratégias para conformidade legal e proteção de dados. Revista Tópicos, v.2, n.7,2024. Revista Tópicos. Disponível em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/a-implementacao-do-programa-de-compliance-na-saude-desafios-e-estrategias-para-conformidade-legal-e-protecao-de-dados> Acesso em: 09 nov. 2024.

PEREIRA, Gustavo Fernandes. **Estrutura de compliance em hospitais privados no Brasil**. 2019. Tese (Mestrado em administração) – Fundação Getúlio Vargas - FGV, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo. Orientador: Ana Maria Malik.

PERRUCCI, Felipe Falcone; DE LIMA LEITE, Márcio; MAIA, Maria Fernanda Menin; DE OLIVEIRA, Suzana Fagundes Ribeiro. **Advocacia Corporativa Reflexões e Perspectivas**. 2ª edição PERRUCCI (Orgs.). Belo Horizonte: D'Plácido, 2017.

PORTO, Antônio Maristrello; GAROUPA, Nuno. **Curso de Análise Econômica do Direito**. 2 ed. Barueri: Atlas, 2022.

REIS, Naiane Alice Campos. **Notificações de não conformidades como indutoras de mudanças em saúde: um estudo de caso a partir de lideranças de um hospital filantrópico**. 2024. Tese. (Mestrado) – Faculdade de Administração, Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador. Orientador: Prof. Dr. André Luís Nascimento dos Santos. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/41512>. Acesso em: 09 jun. 2025.

RIBEIRO, Marcia Carla Pereira; DINIZ, Patrícia Dittrich Ferreira. Compliance e lei anticorrupção nas empresas. **Revista de informação legislativa**, Brasília. v. 52, 2015, n. 205, p. 87-105. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/52/205/ril_v52_n205_p87.pdf. Acesso em: 17 mar. 2025.

ROCHA, Sandro Augustinho. **Considerações sobre a responsabilidade civil hospitalar**. 2016. Tese. (Pós-Graduação) – Faculdade de Direito, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre. Orientadora: Profa. Dra. Claudia Lima Marques. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/157212>. Acesso em: 20 jan. 2025.

ROSENVALD, Nelson. **As Funções da Responsabilidade Civil: a reparação e a pena civil**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2014.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Bioética e Biodireito**. 6.ed. São Paulo: Foco, 2023.

SANTOS, Leonardo Vieira. **Responsabilidade Civil Médico-Hospitalar e a Questão da Culpa no Direito Brasileiro**. 1.ed. Salvador: Jus Podivm, 2008.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Apelação Cível Nº 00206303520048260100. Oitava Câmara de Direito Privado. Relator: Alexandre Coelho. Julgado em 03 abr. 2024. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-sp/2321022627>. Acesso em: 22 mai. 2025.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Apelação Cível Nº 1015591520158260506. Décima Câmara de Direito Privado. Relator: José Aparício Coelho Prado Neto. Julgado em: 4 fev. 2025. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-sp/3039373294>. Acesso em: 28 mai. 2025.

SILVA, Ligia Pinheiro; GIACOMINI FILHO, Gino. Responsabilidade social nos hospitais do grande ABC. **Revista Pretexto**. Belo Horizonte, v.10, 2009, p. 9-22. Disponível em: <https://revista.fumec.br/index.php/pretexto/article/view/488>. Acesso em: 11 mar. 2025.

SILVA, Pedro Henrique Alves; CONDE, Murilo Baracat Cortese; MARTINASSO, Pedro Favero; MALTEMPI, Renan Parise; JACON, João César. Cirurgia segura: análise da adesão do protocolo por médicos e possível impacto na segurança do paciente. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Catanduva, v. 47, 2020, p. 1-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/3FKWx9FGQLHt5PWGBqXZ87F/?lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2025.

SILVEIRA, Daniel Barile; JORGE, Carlos Henrique Miranda. O compliance e seus reflexos no direito brasileiro. **Scientia Iuris**. Londrina, v. 23, 2019, p. 125-143. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/iuris/article/download/34612/25178/172029>. Acesso em: 11 fev. 2025.

SOARES, Marcelo Costa. **A importância do Compliance na Gestão Hospitalar Privada**. Medicina S/A. 2020. Disponível em: [A importância do Compliance na Gestão Hospitalar Privada - Medicina S/A](#). Acesso em: 09 ago. 2024.

TARTUCE, Flávio. **Responsabilidade Civil**. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2023.

TARTUCE, Flávio. **Direito Civil: Direito das Obrigações e Responsabilidade Civil**. v. 2. 14.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito Civil. Responsabilidade Civil**. 15.ed. São Paulo: Atlas, 2015.