

A responsabilidade civil dos hospitais em casos de infecção hospitalar: análise sistemática à luz do direito civil brasileira e do código de defesa do consumidor

The civil liability of hospitals in cases of hospital-acquired infection: a systematic analysis in light of brazilian civil law and the consumer protection code

La responsabilidad civil de los hospitales en casos de infección hospitalaria: análisis sistemático a la luz del derecho civil brasileño y del Código de Defensa del Consumidor

Tipo de artigo: Revisão Bibliográfica

Recebido em: 07/10/2026

Aceito em: 25/10/2026

Gabriella Cordeiro Zamperlini

Instituição de formação: Faculdade de Ensino Superior de Linhares, Brasil

E-mail: cordeirogabri@icloud.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0501-203X>

Victor Conte André

Instituição de formação: Faculdade de Ensino Superior de Linhares, Brasil

E-mail: victor.andre@faceli.edu.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0590-934X>

RESUMO

Objetivo: o artigo analisa a responsabilidade civil dos hospitais em casos de infecção relacionada à assistência à saúde, à luz do Direito Civil e do Código de Defesa do Consumidor. A pesquisa examina a responsabilidade objetiva das instituições hospitalares, o dever de segurança, o nexo causal e a prova. **Conclusão:** conclui-se que a ocorrência da infecção, isoladamente, não gera dever de indenizar, sendo necessária a demonstração de vínculo entre o dano, a assistência prestada e eventual defeito do serviço.

DESCRIPTORES: Responsabilidade civil hospitalar; Infecção hospitalar; Nexo causal; Código de defesa do consumidor.

ABSTRACT

Objective: this article analyzes the civil liability of hospitals in cases of healthcare-associated infections under Brazilian Civil Law and the Consumer Protection Code. The study examines the objective liability of hospital institutions, the duty of safety, causation, and evidence. **Conclusion:** it concludes that the occurrence of an infection alone does not automatically give rise to a duty to compensate, requiring proof of a connection between the harm suffered, the healthcare provided, and a possible defect in the service.

DESCRIPTORS: Hospital civil liability; Hospital infection; Causation; Consumer protection code.

RESUMEN

Objetivo: el artículo analiza la responsabilidad civil de los hospitales en casos de infección relacionada con la atención sanitaria, a la luz del Derecho Civil y del Código de Defensa del Consumidor. La investigación examina la responsabilidad objetiva de las instituciones hospitalarias, el deber de seguridad, el nexo causal y la prueba. **Conclusión:** se concluye que la aparición de la infección, por sí sola, no genera la obligación de indemnizar, siendo necesaria la demostración de un vínculo entre el daño, la asistencia prestada y un eventual defecto del servicio.

DESCRIPTORES: Responsabilidad civil hospitalaria; Infección hospitalaria; Nexo causal; Código de defensa del consumidor.

INTRODUÇÃO

A prestação de serviços hospitalares envolve atividade de elevada complexidade técnica e permanente exposição a riscos relacionados à assistência à saúde. Entre esses riscos, destacam-se as infecções adquiridas ou associadas ao atendimento, capazes de prolongar internações, exigir novos procedimentos terapêuticos e ocasionar danos relevantes à integridade física do paciente. Por essa razão, sua prevenção e controle integram as medidas destinadas à segurança do paciente e à adequada prestação dos serviços de saúde.

Embora a expressão “infecção hospitalar” permaneça amplamente utilizada, a literatura técnico-assistencial adota conceito mais abrangente de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), uma vez que a infecção pode se manifestar durante a internação ou posteriormente, desde que relacionada à assistência ou aos procedimentos realizados. A identificação dessas infecções depende da análise de fatores clínicos, epidemiológicos e microbiológicos, não sendo possível atribuir sua origem ao ambiente hospitalar apenas em razão de sua manifestação durante ou após o período de internação. O perfil clínico do paciente, a existência de colonização prévia, internações anteriores, transferências entre instituições e procedimentos invasivos constituem circunstâncias que podem interferir na determinação da origem do processo infeccioso.

A complexidade do fenômeno, contudo, não afasta os deveres institucionais de prevenção. O controle das IRAS envolve vigilância epidemiológica, higienização das mãos, cumprimento de protocolos assistenciais, isolamento quando indicado, monitoramento microbiológico e atuação de estruturas especializadas no controle de infecções. Também integra esse sistema de segurança o adequado processamento dos produtos utilizados na assistência, compreendendo atividades de limpeza, desinfecção, esterilização, armazenamento e distribuição realizadas pelos Centros de Material e Esterilização. Tais práticas revelam que a prevenção das infecções constitui atividade institucional organizada e sujeita a procedimentos técnicos verificáveis.

Esse contexto confere ao problema dimensão também jurídica. Ao prestar serviços de assistência à saúde, a instituição hospitalar assume deveres relacionados à organização, funcionamento e segurança da atividade oferecida ao paciente. Nas relações submetidas ao Código de Defesa do Consumidor, o art. 14 da Lei nº 8.078/1990 estabelece a responsabilidade do fornecedor pelos danos decorrentes de defeitos na prestação do serviço, independentemente da demonstração de culpa. A responsabilidade objetiva, entretanto, não significa responsabilização automática pela simples ocorrência de um resultado adverso.

Nesse sentido, mostra-se necessária a distinção entre a responsabilidade decorrente da atuação pessoal do profissional médico e aquela relacionada aos serviços próprios da

instituição hospitalar. (ANDRÉ, 2020, p. 20) situa os defeitos vinculados à prestação institucional dos serviços hospitalares no âmbito da responsabilidade objetiva e, ao examinar especificamente a infecção hospitalar, reconhece que sua ocorrência pode relacionar-se aos riscos próprios da atividade, sem afastar a necessidade de análise das circunstâncias concretas que permitam estabelecer a imputação do dano ao serviço prestado.

A principal dificuldade jurídica encontra-se, assim, na determinação do nexo de causalidade. A constatação de que determinada infecção surgiu durante ou após a internação não é suficiente, isoladamente, para demonstrar que o dano decorreu de defeito do serviço hospitalar. A análise pode exigir a consideração de informações clínicas, exames microbiológicos, prontuários, protocolos institucionais, registros dos serviços de controle de infecção e prova pericial. Essa complexidade repercute diretamente no campo processual, especialmente diante da assimetria técnica e informacional existente entre o paciente e a instituição, tornando relevantes as regras relativas ao ônus da prova, à sua distribuição dinâmica e, nas relações consumeristas, à possibilidade de inversão probatória.

Diante desse cenário, o presente estudo busca responder ao seguinte problema de pesquisa: considerando a aplicação do Código de Defesa do Consumidor às relações estabelecidas entre pacientes e instituições hospitalares, qual é a extensão da responsabilidade civil dos hospitais em casos de infecção hospitalar e quais critérios vêm sendo utilizados pela jurisprudência brasileira para a configuração do dever de indenizar?

Parte-se da hipótese de que a responsabilidade das instituições hospitalares pelos defeitos relacionados aos seus próprios serviços tende a ser submetida ao regime objetivo previsto pelo Código de Defesa do Consumidor, sem que isso dispense a demonstração dos demais pressupostos necessários à imputação do dano. Nesse contexto, o nexo causal assume especial relevância, sobretudo diante da possibilidade de a infecção resultar de múltiplos fatores e das dificuldades técnicas inerentes à identificação de sua origem. A hipótese será submetida à análise da legislação, da doutrina e da jurisprudência, não sendo adotada como conclusão antecipada da pesquisa.

O objetivo geral consiste em analisar a responsabilidade civil dos hospitais em casos de infecção hospitalar à luz do Direito Civil brasileiro e do Código de Defesa do Consumidor, examinando a natureza da responsabilidade institucional e os critérios utilizados para configuração do dever de indenizar. Para tanto, serão estudados os fundamentos jurídicos da responsabilidade hospitalar, os aspectos técnico-assistenciais relacionados às IRAS e ao dever de prevenção, o nexo de causalidade e as dificuldades probatórias presentes nas demandas indenizatórias, além dos critérios identificados na jurisprudência brasileira.

A pesquisa possui abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, desenvolvendo-se mediante investigação bibliográfica, normativa e jurisprudencial. A perspectiva interdisciplinar adotada busca aproximar os fundamentos da responsabilidade civil e do Direito do Consumidor dos conhecimentos técnico-sanitários relacionados à prevenção e ao controle das infecções. Pretende-se, ao final, contribuir para a delimitação de critérios juridicamente seguros capazes de compatibilizar a proteção do paciente com as particularidades e os riscos inerentes à atividade hospitalar.

FUNDAMENTOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL APLICÁVEIS À ATIVIDADE HOSPITALAR

A responsabilidade civil constitui instrumento destinado à reparação dos prejuízos decorrentes da violação de dever jurídico que cause dano a terceiro. No ordenamento brasileiro, sua disciplina parte, entre outros fundamentos, dos artigos 186 e 927 do Código Civil, que relacionam o ato ilícito e o dano à consequente obrigação de reparação. Ao lado da responsabilidade fundada na culpa, o próprio sistema admite hipóteses em que o dever de indenizar independe de sua demonstração, especialmente quando previsto em lei ou quando a natureza da atividade justificar a incidência de regime objetivo.

Na área da saúde, entretanto, a identificação do regime jurídico aplicável exige a distinção entre a atuação pessoal do profissional e os serviços prestados pela instituição hospitalar. Embora ambos possam participar da mesma relação assistencial, os respectivos fundamentos de responsabilização não são necessariamente coincidentes. (ANDRÉ, 2020, p. 9-13) destaca que a responsabilidade pessoal do médico possui natureza subjetiva, de modo que o resultado adverso, isoladamente considerado, não caracteriza obrigação de indenizar. É necessário relacionar o dano a uma atuação profissional inadequada, identificável pela negligência, imprudência ou imperícia.

A responsabilidade hospitalar apresenta configuração distinta quando o dano decorre de serviços próprios da instituição. Nessa hipótese, ganham relevância não apenas as regras gerais do Código Civil, mas também o regime de proteção estabelecido pelo Código de Defesa do Consumidor. A adequada compreensão dessa diferença é indispensável para o estudo das infecções relacionadas à assistência à saúde, pois permite separar eventual falha técnica individual do médico das deficiências ligadas à estrutura, organização e segurança do serviço hospitalar.

PRESSUPOSTOS DO DEVER DE INDENIZAR NO DIREITO CIVIL BRASILEIRO

A configuração da responsabilidade civil pressupõe a existência de elementos que permitam atribuir juridicamente determinado prejuízo a uma pessoa ou atividade. Ainda que a exigência de culpa varie conforme o regime aplicável, a existência de **dano e nexo causal**

permanece essencial para a formação do dever de reparar. Não basta, portanto, a ocorrência de um resultado indesejado: é necessário estabelecer relação juridicamente relevante entre o evento lesivo e a conduta ou atividade à qual se pretende atribuir responsabilidade.

Essa premissa assume particular importância na assistência médica. Ao examinar a responsabilidade pessoal do profissional, (ANDRÉ, 2020, p. 11-13) diferencia o resultado adverso decorrente de conduta tecnicamente inadequada daquele que pode surgir apesar da observância das práticas profissionais exigíveis. Para o autor, a obrigação de indenizar não deve decorrer automaticamente do insucesso do tratamento, mas da demonstração de que o resultado lesivo pode ser relacionado à atuação juridicamente censurável do profissional.

A causalidade também é destacada pelo autor ao advertir que, em cada situação concreta, deve ser examinada a relação entre a conduta e o resultado produzido, evitando-se atribuir ao agente consequências que não decorram de sua atuação (ANDRÉ, 2020, p. 13-14). Embora essa análise seja desenvolvida inicialmente em relação ao médico, a premissa possui utilidade para o estudo da responsabilidade hospitalar: a existência de responsabilidade objetiva não elimina a necessidade de verificar se o dano pode ser atribuído ao serviço cuja prestação é questionada.

No caso das instituições hospitalares, essa observação ganha especial relevância. A objetivação da responsabilidade dispensa a investigação da culpa organizacional nos moldes tradicionais, mas não transforma todo evento adverso ocorrido durante a internação em dano automaticamente indenizável. O dever de reparar continua condicionado à identificação do dano e de sua relação causal com o defeito do serviço. Essa diferenciação será especialmente necessária na análise das infecções hospitalares, cuja etiologia pode envolver fatores relacionados ao paciente, ao procedimento realizado, ao ambiente assistencial ou à própria organização do serviço.

O dano, por sua vez, representa a lesão juridicamente relevante sofrida pela vítima. Na assistência à saúde, suas consequências podem alcançar dimensões patrimoniais e extrapatrimoniais. (ANDRÉ, 2020, p. 13) reconhece que uma mesma ocorrência relacionada ao atendimento médico pode ocasionar diferentes espécies de prejuízo, cuja reparação dependerá das particularidades do caso. Para os fins deste estudo, contudo, o elemento central não consiste em catalogar todas as modalidades indenizatórias possíveis, mas compreender que a responsabilização hospitalar exige um prejuízo efetivamente relacionado à prestação defeituosa do serviço.

Desse modo, a análise da responsabilidade por infecção hospitalar deve evitar duas simplificações opostas: de um lado, considerar que todo processo infeccioso constitui consequência inevitável da atividade médica; de outro, presumir que sua mera ocorrência

demonstra falha da instituição. A responsabilidade civil exige uma construção causal capaz de identificar, no caso concreto, se o dano guarda relação juridicamente relevante com o serviço hospitalar prestado.

A RELAÇÃO ENTRE PACIENTE E INSTITUIÇÃO HOSPITALAR SOB A PERSPECTIVA DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

A prestação privada de serviços hospitalares insere-se, em regra, no campo das relações de consumo, na medida em que o paciente utiliza o serviço como destinatário final e a instituição atua profissionalmente como fornecedora. O Código de Defesa do Consumidor conceitua fornecedor de maneira ampla e inclui em seu campo de incidência a prestação remunerada de serviços, estabelecendo regime específico de tutela para situações em que a atividade oferecida ao mercado apresenta defeito capaz de causar dano ao consumidor, nos termos dos artigos 2º, 3º e 14, todos do Código de Defesa do Consumidor.

(ROCHA, 2020, p. 86-87), ao examinar a relação estabelecida na área médica, identifica a incidência da legislação consumerista a partir da presença do consumidor, do fornecedor e da prestação de serviços. A autora registra a existência de posição doutrinária contrária a essa caracterização, mas aponta como predominante o reconhecimento da tutela consumerista nas relações de assistência privada à saúde.

No âmbito hospitalar, a incidência do CDC produz consequência particularmente relevante: o art. 14 determina que o fornecedor responda, independentemente de culpa, pelos danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços. O sistema, portanto, desloca a análise da culpa do fornecedor para a qualidade e segurança do serviço efetivamente prestado.

A noção de defeito possui importância central nesse regime. Segundo o próprio art. 14, §1º, do CDC, o serviço é defeituoso quando não oferece a segurança que legitimamente dele se espera, consideradas as circunstâncias relevantes de sua prestação. Aplicada à atividade hospitalar, essa regra permite compreender que o objeto da investigação não é simplesmente a existência de um resultado clínico desfavorável, mas a existência de deficiência relacionada à segurança do serviço.

(ANDRÉ, 2020, p. 20) afirma expressamente que a responsabilidade dos hospitais e clínicas pelos defeitos relacionados aos seus próprios serviços é objetiva, fundamentando-a no art. 14 do CDC. Essa responsabilidade institucional abrange serviços que pertencem à esfera organizacional do estabelecimento e deve ser diferenciada daquela decorrente exclusivamente de eventual falha técnica pessoal do profissional médico.

A distinção é importante para o objeto desta pesquisa porque a infecção hospitalar pode estar associada a aspectos propriamente institucionais, como higienização, processamento de materiais, organização assistencial ou controle de riscos. Nesses casos, a análise jurídica desloca-se da investigação da culpa pessoal de determinado profissional para a avaliação da segurança e adequação do serviço fornecido pela instituição.

RESPONSABILIDADE PESSOAL DO MÉDICO E RESPONSABILIDADE INSTITUCIONAL DO HOSPITAL

A análise da responsabilidade civil decorrente da assistência à saúde exige, inicialmente, a identificação do sujeito ao qual o dano é juridicamente imputado. Médico e instituição hospitalar podem participar simultaneamente do atendimento ao paciente, mas isso não significa que estejam submetidos, em todas as situações, ao mesmo regime de responsabilização. A natureza da atividade desempenhada e a origem do dano são elementos determinantes para essa diferenciação.

No que se refere à atuação pessoal do médico, o Código de Defesa do Consumidor estabelece tratamento específico aos profissionais liberais ao determinar que sua responsabilidade seja apurada mediante verificação de culpa. Assim, nas hipóteses em que a pretensão indenizatória decorre diretamente da conduta técnica do profissional, a simples ocorrência de resultado desfavorável não é suficiente para caracterizar responsabilidade civil. Torna-se necessário verificar se houve comportamento profissional incompatível com os deveres técnicos exigíveis e se esse comportamento guarda relação causal com o dano alegado.

Essa particularidade decorre da própria natureza da atividade médica. Em grande parte das intervenções, o profissional não pode assegurar previamente determinado resultado clínico, pois a evolução do paciente sofre influência de fatores biológicos, condições preexistentes, resposta ao tratamento e riscos inerentes ao procedimento. Por isso, a responsabilidade pessoal do médico não deve ser construída a partir de uma comparação simplificada entre o resultado esperado pelo paciente e aquele efetivamente alcançado, mas a partir da análise concreta da conduta profissional.

Ao examinar esse regime, (ANDRÉ, 2020, p. 9-13) identifica a negligência, a imprudência e a imperícia como elementos tradicionalmente associados à responsabilidade subjetiva do médico, ressaltando a necessidade de estabelecer relação entre a atuação profissional e o dano. (ROCHA, 2020, p. 89-91), igualmente, destaca que a incidência do CDC não elimina a exigência de culpa quanto à responsabilidade pessoal do profissional liberal.

A situação jurídica da instituição hospitalar é distinta. O hospital não se limita a disponibilizar o espaço físico no qual o profissional exerce a medicina. A prestação hospitalar compreende um conjunto organizado de atividades próprias, envolvendo estrutura física, equipamentos, equipes auxiliares, enfermagem, materiais, medicamentos, higienização, processamento de produtos para saúde, acomodação, organização assistencial e mecanismos de segurança. A responsabilidade da instituição deve, portanto, ser analisada de acordo com a origem do dano e com a atividade que estava sob sua esfera de organização e controle.

Essa diferenciação impede que todo evento adverso ocorrido no interior de um hospital seja automaticamente tratado como falha institucional. Um dano pode decorrer predominantemente da conduta técnica de determinado profissional, assim como pode resultar de deficiência relacionada à estrutura ou ao funcionamento do próprio estabelecimento. Também podem existir situações em que ambos os planos se sobreponham, exigindo análise individualizada das respectivas causas e vínculos jurídicos.

A distinção torna-se particularmente relevante quando o médico responsável pelo atendimento não integra a estrutura funcional da instituição, utilizando apenas suas instalações para a realização de determinado procedimento. Nessa hipótese, a circunstância de o atendimento ter ocorrido fisicamente dentro do hospital não é suficiente para transferir automaticamente à instituição toda responsabilidade decorrente da atuação técnica pessoal do profissional. (ANDRÉ, 2020, p. 19-20) chama atenção justamente para a necessidade de diferenciar a atuação dos profissionais vinculados ao estabelecimento das hipóteses em que o médico apenas utiliza a estrutura hospitalar, bem como de separar esses casos dos danos relacionados aos serviços próprios da instituição.

A questão central, portanto, não está apenas em saber onde o dano ocorreu, mas de qual atividade ele decorreu. Se sua origem estiver relacionada à decisão clínica, diagnóstico, escolha terapêutica ou execução técnica pessoal do profissional, a análise tende a se concentrar na responsabilidade médica. Se, ao contrário, decorrer de deficiência na estrutura, organização ou funcionamento dos serviços que competem diretamente ao hospital, a imputação passa a ser examinada sob a perspectiva da responsabilidade institucional.

Nesse segundo plano, a incidência do art. 14 do Código de Defesa do Consumidor ganha especial relevância. A instituição hospitalar, enquanto fornecedora de serviços, responde objetivamente pelos danos vinculados a defeitos de seus próprios serviços, sem necessidade de demonstração da culpa organizacional. (ANDRÉ, 2020, p. 20) inclui nesse âmbito os serviços relacionados à estadia, instalações, equipamentos e atividades auxiliares prestadas pelo estabelecimento hospitalar.

Essa diferenciação possui importância decisiva para o estudo das infecções relacionadas à assistência à saúde. Em regra, o controle do risco infeccioso não depende exclusivamente da atuação de um médico determinado. Ele envolve uma cadeia institucional de medidas destinadas à segurança assistencial, abrangendo práticas de higienização, processamento adequado de materiais, organização dos ambientes, vigilância epidemiológica, cumprimento de protocolos e atuação das equipes responsáveis pela prevenção e controle de infecções. Tais atividades pertencem, em grande medida, à esfera organizacional do serviço hospitalar.

Isso não significa excluir previamente a possibilidade de participação individual de determinado profissional na produção de um dano infeccioso. Conforme as circunstâncias do caso, uma infecção pode estar relacionada tanto a uma conduta profissional específica quanto a deficiência institucional, podendo inclusive resultar da conjugação de diferentes fatores. A definição do regime jurídico aplicável exige, portanto, reconstruir a origem do dano antes de atribuí-lo exclusivamente ao médico ou ao hospital.

Para os fins deste estudo, essa distinção permite afastar a utilização genérica da expressão “erro médico” para designar toda infecção relacionada à assistência. Uma eventual deficiência no controle de infecções, na esterilização de materiais, na higienização ou na organização do serviço não representa necessariamente erro técnico individual do médico. Trata-se, em princípio, de questão vinculada à própria prestação hospitalar e aos mecanismos institucionais destinados à proteção do paciente.

A separação entre responsabilidade pessoal e institucional possui, ainda, consequência metodológica importante: o regime objetivo aplicável aos serviços próprios do hospital não pode ser automaticamente transferido para a responsabilidade pessoal do médico, assim como a exigência de culpa do profissional liberal não pode ser utilizada para subjetivar uma falha essencialmente institucional. Identificar corretamente a fonte do dano constitui, portanto, etapa indispensável para definir quais pressupostos deverão ser demonstrados em cada situação.

Nos casos de infecção hospitalar, a análise deverá concentrar-se inicialmente em determinar se o evento possui vínculo com a assistência prestada e, posteriormente, em identificar se sua origem pode ser relacionada a uma conduta profissional específica, a um defeito do serviço hospitalar ou à combinação de diferentes fatores. Essa reconstrução possibilita aplicar adequadamente os respectivos regimes de responsabilidade e prepara a investigação acerca dos limites da responsabilidade objetiva da instituição hospitalar.

A NATUREZA DA RESPONSABILIDADE CIVIL HOSPITALAR: responsabilidade objetiva, defeito do serviço e limites da imputação

A responsabilidade civil das instituições hospitalares não pode ser compreendida apenas a partir da natureza sensível da atividade por elas desenvolvida. A prestação de assistência à saúde pressupõe organização técnica, disponibilização de estrutura adequada e adoção de mecanismos destinados à redução dos riscos aos quais o paciente é submetido. Por essa razão, quando o dano se relaciona aos serviços próprios da instituição, a análise jurídica desloca-se da investigação da culpa individual para a qualidade e a segurança do serviço efetivamente oferecido.

Nas relações submetidas ao Código de Defesa do Consumidor, esse deslocamento encontra fundamento no art. 14, segundo o qual o fornecedor responde, independentemente da demonstração de culpa, pelos danos decorrentes de defeitos relativos à prestação do serviço. O regime objetivo, portanto, retira a culpa do centro da imputação, mas não elimina a necessidade de identificar os demais elementos capazes de justificar o dever de indenizar. Para que exista responsabilidade, não é suficiente demonstrar que o paciente sofreu determinado dano enquanto utilizava os serviços hospitalares; é necessário estabelecer que esse resultado possui relação juridicamente relevante com uma deficiência atribuível à prestação institucional.

A própria noção de defeito do serviço contribui para delimitar essa responsabilidade. O art. 14, § 1º, do CDC considera defeituoso o serviço que não proporciona a segurança que legitimamente dele se espera, consideradas as circunstâncias de sua prestação. No campo hospitalar, essa segurança não deve ser interpretada como promessa de ausência absoluta de complicações. A atividade assistencial é desenvolvida em ambiente naturalmente marcado por riscos clínicos, biológicos e terapêuticos, muitos dos quais não podem ser integralmente eliminados mesmo quando os procedimentos tecnicamente recomendados são observados.

O parâmetro juridicamente relevante, por conseguinte, não é a existência de risco em si, mas a maneira pela qual a instituição administra os riscos que se encontram dentro de sua esfera de organização e controle. Estrutura inadequada, deficiência na higienização, falhas no processamento de materiais, descumprimento de protocolos ou inadequação de serviços auxiliares podem, conforme as circunstâncias concretas, representar comprometimento da segurança legitimamente esperada pelo paciente. É nesse plano que a responsabilidade objetiva hospitalar adquire conteúdo, não como garantia irrestrita de resultado, mas como regime de responsabilização por danos vinculados a defeitos dos serviços que integram a atividade institucional.

A distinção é particularmente relevante nos casos de infecção hospitalar. (ANDRÉ, 2020, p. 20) inclui os defeitos dos serviços próprios de hospitais e clínicas no regime de

responsabilidade objetiva e, ao tratar especificamente das infecções, reconhece tanto a possibilidade de sua relação com falhas na prestação do serviço quanto a existência de situações decorrentes de circunstâncias inevitáveis ou relativamente incontroláveis. A observação evidencia que a presença da infecção não permite, isoladamente, qualificar a prestação hospitalar como defeituosa.

Esse aspecto impede a identificação da responsabilidade objetiva com uma espécie de responsabilização automática. Objetivar a responsabilidade significa, essencialmente, dispensar a vítima da demonstração da culpa do fornecedor; não significa dispensá-la da existência de dano juridicamente relevante nem eliminar a discussão sobre sua vinculação ao serviço. A lógica do próprio sistema consumerista confirma essa conclusão, pois o CDC admite o afastamento da responsabilidade quando demonstrada a inexistência do defeito ou a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro.

Nas infecções relacionadas à assistência à saúde, essa delimitação assume especial importância em razão da multiplicidade de fatores capazes de contribuir para o processo infeccioso. A condição clínica do paciente, eventual colonização anterior, procedimentos invasivos, tratamentos realizados antes da internação, transferência entre instituições e características próprias do agente infeccioso podem coexistir com fatores ligados à organização hospitalar. Consequentemente, o simples encadeamento temporal entre internação e diagnóstico da infecção não deve ser confundido com demonstração suficiente da responsabilidade civil.

A questão central passa a residir na identificação da existência de um vínculo entre o dano e um risco juridicamente imputável ao serviço hospitalar. Em outras palavras, importa investigar se a infecção decorre de circunstância que integra os riscos inevitáveis da assistência adequadamente prestada ou se existem elementos capazes de revelar que o serviço deixou de oferecer o nível de segurança que dele legitimamente se esperava. A responsabilidade objetiva facilita a imputação ao dispensar a investigação da culpa institucional, mas não elimina essa necessária reconstrução causal.

Essa interpretação também preserva o equilíbrio do sistema de responsabilidade civil. Uma concepção excessivamente restritiva poderia transferir ao paciente consequências decorrentes de falhas que pertencem à esfera de controle da instituição, enfraquecendo a proteção conferida pelo CDC. Em sentido oposto, considerar toda infecção ocorrida durante uma internação como prova suficiente do defeito converteria a responsabilidade objetiva em responsabilidade integral, desconsiderando a própria complexidade biológica e assistencial da atividade hospitalar.

Assim, a responsabilidade civil do hospital deve ser examinada a partir da conjugação de três elementos: o dano experimentado pelo paciente; o defeito juridicamente identificável na prestação do serviço; e o nexo causal entre ambos. A culpa não integra necessariamente essa estrutura quando se trata de serviço próprio da instituição submetido ao regime objetivo, mas a causalidade permanece indispensável para delimitar quais consequências podem ser juridicamente atribuídas ao fornecedor.

Nos casos de infecção hospitalar, portanto, a discussão mais relevante não se resume a perguntar se a responsabilidade da instituição é objetiva. Essa classificação constitui apenas o ponto inicial da análise. O problema decisivo consiste em estabelecer quando a ocorrência infecciosa revela concretização de risco inerente à assistência e quando representa materialização de um risco que deveria ter sido adequadamente prevenido ou controlado pelo hospital.

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE E O DEVER DE SEGURANÇA HOSPITALAR

CONCEITO, FATORES DE RISCO E CARACTERÍSTICAS DAS IRAS

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde constituem eventos infecciosos associados ao cuidado prestado ao paciente em serviços de saúde. A expressão possui alcance mais amplo que a tradicional denominação “infecção hospitalar”, pois não se limita ao espaço físico do hospital nem exige, necessariamente, que a manifestação clínica ocorra durante a internação. O elemento central é a existência de relação entre o processo infeccioso e a assistência recebida pelo paciente.

Essa compreensão é importante para o estudo da responsabilidade civil porque impede que a origem da infecção seja presumida apenas a partir do momento em que os sintomas se tornam aparentes. Uma infecção identificada durante a internação pode ter sido adquirida anteriormente, assim como determinadas infecções relacionadas à assistência podem se manifestar somente após a alta. A análise exige, portanto, consideração das circunstâncias clínicas, temporais e epidemiológicas envolvidas em cada caso.

(ALMEIDA ET AL. 2021, p. 14-15) tratam as IRAS como importante problema relacionado à assistência e destacam a necessidade de vigilância epidemiológica e conhecimento do perfil das infecções presentes em cada instituição. A identificação desses padrões permite compreender quais agentes circulam no ambiente assistencial e quais situações apresentam maior risco para os pacientes.

A ocorrência das IRAS também não decorre de uma causa única. O processo infeccioso pode resultar da interação entre condições próprias do paciente, características do

microrganismo e circunstâncias relacionadas à assistência prestada. Idade, imunossupressão, presença de comorbidades, gravidade clínica, tempo de internação e utilização de procedimentos invasivos são exemplos de fatores capazes de aumentar a vulnerabilidade do paciente à infecção.

Essa multiplicidade de fatores torna inadequado tratar a infecção hospitalar como fenômeno homogêneo. Diferentes sítios infecciosos, agentes microbiológicos e condições clínicas podem estar envolvidos, exigindo análise individualizada. No estudo realizado por (ALMEIDA ET AL. 2021, p. 18-21), foram identificadas diferentes formas de infecção relacionadas à assistência, bem como diversidade de microrganismos, o que evidencia a complexidade epidemiológica desses eventos.

Outro aspecto relevante é a distinção entre **colonização e infecção**. A presença de determinado microrganismo no organismo do paciente não significa, necessariamente, que exista processo infeccioso ativo. A colonização pode anteceder a própria internação ou decorrer de contato anterior com outras instituições de saúde, circunstância que assume especial importância quando se pretende determinar a origem do evento.

A análise epidemiológica realizada no segundo livro demonstra, inclusive, que determinados microrganismos podem ser identificados já no momento da admissão hospitalar, permitindo considerar a possibilidade de origem comunitária ou de aquisição em instituição anterior. Da mesma forma, culturas de vigilância podem revelar pacientes previamente colonizados por bactérias, inclusive por agentes multirresistentes (ALMEIDA ET AL., 2021, p. 20-22).

Sob a perspectiva jurídica, esses elementos técnicos possuem relevância direta para a análise do nexo causal. O fato de a infecção ser diagnosticada durante uma internação não autoriza, por si só, a conclusão de que ela decorreu de falha do hospital. É necessário compreender quando o processo infeccioso provavelmente se iniciou, quais fatores de risco estavam presentes, se havia colonização anterior, se o paciente passou por outras unidades de saúde e quais procedimentos foram realizados ao longo do atendimento.

A própria condição clínica do paciente pode aumentar significativamente a suscetibilidade à infecção. Pacientes imunossuprimidos, portadores de doenças graves ou submetidos a procedimentos invasivos apresentam riscos distintos daqueles encontrados em pacientes sem essas condições. Por essa razão, a avaliação da responsabilidade hospitalar não pode ignorar os fatores individuais que interferem na ocorrência e evolução das IRAS.

Isso não significa, contudo, que a existência de fatores de risco pessoais exclua automaticamente a responsabilidade da instituição. Tais circunstâncias devem integrar a análise causal juntamente com a forma como o serviço hospitalar foi organizado e com as

medidas de prevenção efetivamente adotadas. O risco aumentado do paciente e o dever institucional de segurança podem coexistir, razão pela qual a investigação deve considerar ambos os aspectos.

A complexidade das IRAS demonstra, portanto, que a responsabilização civil não pode decorrer de uma associação meramente temporal entre internação e infecção. A compreensão técnica do fenômeno exige a avaliação de múltiplas variáveis e reforça a necessidade de verificar, em cada situação, se a infecção possui relação efetiva com a assistência prestada.

MEDIDAS INSTITUCIONAIS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

O dever de segurança hospitalar ganha conteúdo concreto a partir das medidas adotadas pela instituição para identificar, reduzir e controlar os riscos relacionados à assistência. Em matéria de infecção, esse dever não se resume à reação diante de um evento já instalado, mas pressupõe atuação preventiva e organizada, capaz de acompanhar os riscos existentes no ambiente assistencial e adequar as práticas institucionais às características dos pacientes e dos serviços prestados.

A prevenção das IRAS deve ser compreendida como atividade permanente e integrada. Não depende de uma providência isolada, mas da articulação entre vigilância epidemiológica, protocolos assistenciais, acompanhamento dos casos, orientação das equipes e adoção de precauções compatíveis com as formas de transmissão identificadas. Nesse contexto, a existência de estruturas especializadas de controle permite que informações produzidas durante a assistência sejam utilizadas não apenas para tratar casos individuais, mas também para identificar padrões e prevenir novos eventos.

Essa dimensão organizacional aparece de forma concreta no estudo de Magalhães et al. (2021, p. 28), que atribui ao Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS), entre outras funções, a manutenção do programa de controle de infecções, a supervisão de normas e rotinas, a participação em capacitações, a vigilância epidemiológica e a investigação de casos e surtos. A experiência relatada demonstra que o controle de infecções depende de uma estrutura capaz de transformar dados assistenciais em medidas efetivas de prevenção.

Entre essas medidas, a higienização das mãos ocupa posição elementar, justamente por atuar na redução da transmissão de microrganismos durante o contato assistencial. Contudo, sua efetividade não decorre apenas da existência formal de recomendações. É necessário que a instituição ofereça condições materiais para seu cumprimento, promova capacitação e acompanhe a adesão das equipes. O estudo realizado no hospital analisado

mostra que a observação das práticas, seguida de campanhas, capacitações e implantação de protocolo específico, foi utilizada como estratégia institucional para melhorar a adesão à higienização das mãos (Magalhães et al., 2021, p. 30-31).

Essa constatação possui relevância jurídica porque evidencia uma diferença entre possuir protocolos e efetivamente implementá-los. A segurança do serviço não pode ser aferida apenas pela existência documental de normas internas, mas também pela capacidade da instituição de incorporá-las à rotina assistencial. Em eventual controvérsia sobre responsabilidade civil, portanto, a análise da prevenção pode alcançar tanto a adequação das regras adotadas quanto os mecanismos destinados a promover e acompanhar seu cumprimento.

O mesmo raciocínio se aplica ao processamento dos produtos utilizados na assistência. Materiais e equipamentos que circulam entre diferentes etapas do atendimento exigem tratamento adequado para reduzir riscos de contaminação. O Centro de Material e Esterilização integra essa estrutura preventiva porque concentra atividades sucessivas de recepção, limpeza, secagem, avaliação, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e posterior distribuição dos materiais processados (Batista et al., 2021, p. 164).

A importância dessas medidas demonstra que o controle das infecções não pertence exclusivamente à esfera de atuação individual de determinado profissional. Trata-se, em grande parte, de função institucional, dependente de organização, treinamento, monitoramento, infraestrutura e coordenação entre diferentes setores do hospital. É justamente nesse aspecto que o conhecimento técnico se aproxima da responsabilidade civil: quanto mais determinado risco pode ser objeto de medidas organizadas de prevenção e controle, mais relevante se torna investigar se essas medidas foram adequadamente adotadas no caso concreto.

Isso não significa, portanto, exigir do hospital eliminação absoluta do risco infeccioso. O padrão de segurança deve ser construído a partir das providências tecnicamente compatíveis com a atividade e com as circunstâncias da assistência. A questão jurídica central, portanto, não é saber se a instituição conseguiu impedir toda e qualquer infecção, mas se administrou adequadamente os riscos que estavam dentro de sua esfera de prevenção e controle.

NEXO CAUSAL E PROVA NA RESPONSABILIDADE CIVIL POR INFECÇÃO HOSPITALAR

A responsabilidade objetiva das instituições hospitalares não dispensa a demonstração de vínculo entre o dano e o serviço prestado. Nos casos de infecção hospitalar,

essa análise é especialmente complexa, pois o evento infeccioso pode decorrer de fatores relacionados ao próprio paciente, a condições anteriores à internação ou à assistência recebida.

A COMPLEXIDADE DA DETERMINAÇÃO DO NEXO CAUSAL

A proximidade temporal entre internação e diagnóstico da infecção não é suficiente, por si só, para demonstrar sua origem hospitalar. A análise deve considerar elementos como condições clínicas preexistentes, colonização, atendimento anterior em outras instituições, procedimentos invasivos e demais fatores capazes de interferir no desenvolvimento do processo infeccioso.

O nexo causal deve ser reconstruído a partir do conjunto de informações clínicas e assistenciais disponíveis. Exames, culturas microbiológicas, registros de procedimentos e evolução do paciente podem auxiliar na identificação da provável origem da infecção. Além disso, não basta estabelecer relação com a assistência; é necessário verificar se o dano decorreu de defeito na segurança do serviço, nos termos do art. 14 do Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990, art. 14).

ÔNUS DA PROVA, PERÍCIA E DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR

A complexidade do nexo causal repercute diretamente na produção da prova. O Código de Processo Civil admite distribuição diversa do ônus probatório quando uma das partes enfrenta excessiva dificuldade para produzi-lo ou quando a parte contrária possui maior facilidade na obtenção dos elementos necessários (BRASIL, 2015, art. 373, § 1º). Nas relações de consumo, também pode ocorrer inversão do ônus da prova nos termos do art. 6º, VIII, do CDC.

Nas demandas envolvendo infecção hospitalar, documentos como prontuários, exames, culturas, registros de procedimentos e protocolos institucionais assumem especial importância, pois grande parte dessas informações permanece sob guarda da própria instituição. A prova pericial também pode ser necessária para interpretar esses elementos e avaliar a existência de relação entre a infecção, a assistência prestada e eventual defeito do serviço.

Assim, a responsabilidade objetiva afasta a necessidade de comprovação da culpa hospitalar, mas não elimina a exigência de demonstração do vínculo entre o dano e a prestação do serviço. A análise do nexo causal e da prova constitui, portanto, elemento central para a definição do dever de indenizar.

CRITÉRIOS JURISPRUDENCIAIS PARA A RESPONSABILIZAÇÃO DOS HOSPITAIS EM CASOS DE INFECÇÃO HOSPITALAR

A análise da jurisprudência recente do Superior Tribunal de Justiça demonstra que o reconhecimento da responsabilidade objetiva das instituições hospitalares não conduz, necessariamente, à indenização pela simples ocorrência de uma infecção durante a assistência. O exame dos casos concretos tem conferido especial importância à demonstração do nexo causal, à existência de defeito na prestação do serviço e aos elementos técnicos capazes de esclarecer a origem do processo infeccioso.

No REsp nº 2.069.914/DF, julgado pela Quarta Turma do STJ em 2023, discutiu-se a responsabilidade de instituição hospitalar pelas sequelas sofridas por recém-nascido em decorrência de infecção hospitalar. O Tribunal reafirmou a natureza objetiva da responsabilidade dos hospitais e afastou a prematuridade e o baixo peso da criança como concausas aptas a reduzir a reparação, uma vez que não ficou demonstrado que essas condições fossem determinantes para o resultado. Reconhecido o vínculo causal entre a infecção hospitalar e os danos, prevaleceu a responsabilidade integral da instituição (Brasil, 2023).

O julgamento evidencia que condições clínicas preexistentes ou fatores capazes de aumentar a vulnerabilidade do paciente não constituem, por si sós, causas suficientes para romper ou atenuar o nexo causal. Para que tenham repercussão sobre a responsabilidade, é necessário demonstrar concretamente sua participação determinante no resultado. Assim, a mera existência de maior predisposição à infecção não exclui a responsabilidade hospitalar quando o conjunto probatório indica que o dano decorreu da assistência prestada.

Em sentido complementar, decisão mais recente do STJ demonstra os limites dessa responsabilização. No REsp nº 2.134.033/GO, julgado em 2025, a Quarta Turma afastou a condenação de instituição hospitalar diante da ausência de comprovação suficiente do nexo causal. A perícia não conseguiu identificar a origem do foco infeccioso e apontou a possibilidade de causas diversas. Além disso, ficou registrado que o hospital havia adotado as práticas e protocolos considerados adequados para prevenção e acompanhamento da infecção. Nessas circunstâncias, o Tribunal concluiu que não se poderia presumir o defeito do serviço exclusivamente a partir da ocorrência do evento infeccioso (Brasil, 2025).

Esse precedente apresenta particular relevância para a hipótese desenvolvida neste trabalho. A responsabilidade objetiva dispensa a demonstração da culpa institucional, mas não autoriza que a incerteza sobre a origem da infecção seja automaticamente resolvida em desfavor do hospital. O STJ ressaltou que a responsabilização continua dependendo da

comprovação do nexo causal e que não se pode exigir da instituição prova impossível de que a contaminação não ocorreu em suas dependências.

A comparação entre os julgados permite identificar um critério jurisprudencial coerente: a definição da responsabilidade depende menos da presença isolada da infecção e mais da qualidade dos elementos capazes de relacioná-la ao serviço hospitalar. Quando o conjunto probatório demonstra o vínculo entre o evento infeccioso, o dano e a assistência, a responsabilidade objetiva pode conduzir à reparação integral; quando a origem permanece tecnicamente indeterminada e a instituição demonstra adoção das medidas preventivas exigíveis, a imputação do dano não decorre automaticamente do regime objetivo.

A prova pericial assume, nesse cenário, papel particularmente relevante, pois auxilia na diferenciação entre infecções efetivamente relacionadas à assistência e eventos cuja origem não pode ser atribuída com segurança à instituição. Da mesma forma, o cumprimento de protocolos, os registros clínicos e as medidas de prevenção adotadas deixam de representar aspectos meramente administrativos e passam a integrar a reconstrução probatória do defeito e da causalidade.

Desse modo, a jurisprudência analisada confirma que responsabilidade objetiva e responsabilidade automática não se confundem. O regime consumerista facilita a tutela do paciente ao afastar a necessidade de demonstração da culpa hospitalar, mas preserva a exigência de vínculo causal entre o serviço e o dano. Nos casos de infecção hospitalar, a solução da controvérsia depende, portanto, da análise conjunta das circunstâncias clínicas, da prova técnica e da segurança efetivamente oferecida pelo estabelecimento, permitindo distinguir o risco inerente à assistência da falha juridicamente imputável à instituição.

CONCLUSÃO

A responsabilidade civil dos hospitais em casos de infecção hospitalar exige análise que ultrapassa a simples constatação do evento infeccioso. A pesquisa demonstrou que a incidência do regime objetivo previsto no Código de Defesa do Consumidor não conduz, por si só, ao dever de indenizar, sendo necessária a verificação dos demais pressupostos da responsabilidade, especialmente a existência de defeito na prestação do serviço, o dano e o nexo causal.

A distinção entre a responsabilidade pessoal do médico e a responsabilidade institucional do hospital mostrou-se fundamental para adequada compreensão do problema. Enquanto a atuação do profissional liberal permanece, em regra, submetida à aferição de culpa, os serviços próprios da instituição hospitalar sujeitam-se ao regime objetivo quando caracterizado defeito relacionado à organização, estrutura ou segurança da assistência.

No campo das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, verificou-se que o fenômeno possui natureza complexa e potencialmente multifatorial. A infecção pode estar associada a fatores próprios do paciente, condições anteriores à internação ou circunstâncias relacionadas à própria assistência. Por isso, a proximidade temporal entre internação e diagnóstico não constitui elemento suficiente para atribuir automaticamente sua origem ao estabelecimento hospitalar.

Ao mesmo tempo, o caráter multifatorial das IRAS não reduz a importância do dever institucional de segurança. Vigilância epidemiológica, higienização, observância de protocolos, controle de infecções e adequado processamento de materiais constituem medidas relevantes para prevenção dos riscos evitáveis. A análise da responsabilidade deve, portanto, considerar se a instituição administrou adequadamente os riscos inseridos em sua esfera de organização e controle.

Nesse cenário, o nexo causal e a prova ocupam posição central. A reconstrução da origem provável da infecção depende frequentemente da análise conjunta de prontuários, exames, culturas microbiológicas, registros assistenciais, protocolos institucionais e prova pericial. As regras relativas à distribuição e eventual inversão do ônus da prova devem contribuir para equilibrar a relação processual, sem substituir a necessária demonstração da vinculação entre o dano e o serviço prestado.

A análise jurisprudencial realizada reforçou essa compreensão. O reconhecimento da responsabilidade objetiva hospitalar não foi tratado como fundamento suficiente para uma condenação automática, permanecendo relevante a demonstração de que o evento infeccioso guarda relação com a assistência e com eventual deficiência na segurança do serviço. Da mesma forma, condições clínicas preexistentes ou fatores de risco do paciente somente assumem relevância para afastar ou limitar a responsabilidade quando efetivamente demonstrada sua interferência causal no resultado.

Dessa forma, a hipótese inicialmente formulada mostra-se confirmada nos limites da pesquisa: a responsabilidade civil dos hospitais pelos defeitos de seus próprios serviços possui natureza objetiva, mas o dever de indenizar permanece condicionado à demonstração de vínculo causal entre o dano e a prestação hospitalar. A objetivação da responsabilidade elimina a necessidade de comprovação da culpa institucional, mas não transforma o hospital em garantidor absoluto de todos os resultados adversos decorrentes da assistência.

Conclui-se, portanto, que a solução juridicamente adequada deve evitar dois extremos: presumir que toda infecção adquirida ou identificada durante a internação constitui falha hospitalar ou, em sentido oposto, considerar o risco infeccioso como circunstância suficiente para afastar previamente qualquer possibilidade de

responsabilização. A resposta deve resultar da análise concreta da segurança oferecida pelo serviço, das medidas preventivas adotadas e da prova disponível sobre a origem do dano. Essa abordagem possibilita compatibilizar a efetiva proteção do paciente com uma delimitação tecnicamente fundamentada da responsabilidade civil das instituições hospitalares.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Raimunda Maria Ferreira de; ROSSI, Alexsandra; SILVA, Jáder José Rosário da; CAVALCANTE, Patrícia Alves de Mendonça; ROCHA, Marcell Diana Helfenstein Albeirice da. **Epidemiologia das infecções relacionadas à assistência à saúde em um hospital de doenças infecto-contagiosas no período de 2019 a 2020.** In: ROSSI, Alexsandra et al. (org.). *Doenças infectocontagiosas e o controle de infecção hospitalar: desafios em tempos de pandemia.* Ponta Grossa, PR: Atena, 2021. p. 14-23. DOI: 10.22533/at.ed.0622119102.

ANDRÉ, Victor Conte. **Aspectos gerais da responsabilidade médica.** In: ANDRÉ, Victor Conte (coord.). *Responsabilidade médica: temas atuais e aspectos controversos.* Curitiba: Juruá, 2020. p. 9-21.

BATISTA, Marcos Antonio Silva; PASSOS, Carlos Nathanyel de Sousa; RIBEIRO, Edielson Gomes; COELHO, Francineide Borges; REIS, Maria Poliana Lima; NASCIMENTO, Renata Soares do. **Os desafios para o CME no processamento de produtos para a saúde utilizados na assistência aos pacientes com Covid-19.** In: ROSSI, Alexsandra et al. (org.). *Doenças infectocontagiosas e o controle de infecção hospitalar: desafios em tempos de pandemia.* Ponta Grossa, PR: Atena, 2021. p. 162-171. DOI: 10.22533/at.ed.06221191016.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. **Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.** *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil.** *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 jan. 2002.

BRASIL. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. **Código de Processo Civil.** *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 mar. 2015.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Quarta Turma. **Recurso Especial nº 2.069.914/DF.** Relator: Ministro Marco Buzzi. Julgado em 6 jun. 2023. *Diário da Justiça Eletrônico*, 23 jun. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Quarta Turma. **Recurso Especial nº 2.134.033/GO.** Relatora: Ministra Maria Isabel Gallotti. Julgado em 14 abr. 2025. *Diário de Justiça Eletrônico Nacional/CNJ*, 24 abr. 2025.

MAGALHÃES, Luis Fernando Beserra; COSTA, Jorlene da Silva; REIS, Márcia Freitas; ÁZARA, Marcilon Silvério. **Desafios no controle de infecção hospitalar em um hospital de doenças infecto-contagiosas no período pandêmico.** In: ROSSI, Alexssandra et al. (org.). *Doenças infectocontagiosas e o controle de infecção hospitalar: desafios em tempos de pandemia.* Ponta Grossa, PR: Atena, 2021. p. 24-34. DOI: 10.22533/at.ed.0622119103.

ROCHA, Clara de Souza. **Os efeitos da inversão do ônus da prova na responsabilidade civil médica.** In: ANDRÉ, Victor Conte (coord.). *Responsabilidade médica: temas atuais e aspectos controversos.* Curitiba: Juruá, 2020. p. 85-100.