

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE DIREITO
GRADUAÇÃO

Priscilla Massinni Barbosa Ribeiro

ERRO MÉDICO

FORTALEZA
2007

PRISCILLA MASSINNI BARBOSA RIBEIRO

ERRO MÉDICO

Monografia apresentada à Coordenação do
Curso de Graduação em Direito da
Universidade Federal do Ceará.

Orientador: Prof. Victor Hugo Medeiros de
Alencar.

FORTALEZA
2007

AGRADECIMENTOS

A DEUS, que me deu vida e inteligência, e protegeu meu caminhos de todos os males.

À minha mãe, Livramento, pelo seu imenso amor, pela força nos momentos difíceis e pelo seu esforço em me dar uma boa educação.

Ao professor Víctor Hugo Medeiros de Alencar, pela dedicação e paciência na realização deste trabalho, sem a qual não teria sido realizado.

À minha irmã, Raissa, que eu amo muito.

Às minhas amigas, Larissa, Patrícia e Izadora, e ao meu amigo, Hélio, pelo estímulo e apoio, sem os quais não teria concluído este trabalho.

E aos demais que de alguma forma contribuíram na elaboração desta monografia.

“Cada profissão encerra em seu seio,
homens dos quais ela se orgulha e outros
que ela renega.”

(Procurador M. Dupin)

RESUMO

O Erro médico é o foco do presente estudo, tendo como objetivo estabelecer o seu real conceito e diferenciá-lo do resultado adverso, da complicação e da má prática, pois todos geram conseqüências danosas ao paciente. Analisa-se em que condições ele acontece, os fatores que influenciam na sua configuração e formas de prevenção. Entende-se que o erro médico se fundamenta sempre na culpa, no descumprimento da *obligatio ad diligentiam* e deve haver um nexo de causalidade entre a conduta do médico e o dano causado ao paciente. Sem o ato culposo, caracterizado pela imperícia, imprudência e negligência, o médico não está sujeito à responsabilidade penal, civil e administrativa, sendo apenas um mal resultado. Os Conselhos de Medicina são os responsáveis pela fiscalização do médico no exercício da profissão e pela aplicação de penas disciplinares aos profissionais faltosos. Já a responsabilidade cível e penal é da competência da Justiça comum.

Palavras-chaves: erro médico, responsabilidade penal e civil, ética profissional.

ABSTRACT

The medical malpractice is the focus of the present study, having as objective to establish its real concept and to differentiate it of the adverse result, the complication and the bad practical, therefore all generate harmful consequences to the patient. It's analyzed where conditions malpractice happens, the factors that influence in its configuration and forms of prevention. It's understood that the medical malpractice is always based on the guilt, it disregards the *obligatio ad diligentiam* and must have a causality coherence between the behavior of the doctor and the actual damage to the patient. Without the guilty act, characterized for the inexperience, imprudence and negligence, the doctor isn't subject to the criminal, civil and administratively responsibility, being only one badly result. The Counsel of Medicine are the responsible for the fiscalization of the doctor in the exercise of the profession and for the application of disciplinary punishment the faulty professionals. Already the civil and criminal responsibility is of the ability of common Justice.

Word-keys: medical malpractice, criminal and civil responsibility, ethical professional.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 – Radiografia de abdômen	23
Gráfico 1 – Resultado dos PEP's no CREMEC.....	43
Gráfico 2 – Estados de origem dos processos disciplinares.....	44

LISTA DE SIGLAS

CC – Código Civil de 2002

CDC – Código de Defesa do Consumidor

CEM – Código de Ética Médica de 1988

CF – Constituição Federal de 1988

CFM – Conselho Federal de Medicina

CP – Código Penal de 1940

CPP – Código de Processo Penal de 1941

CREMEC – Conselho Regional de Medicina do Ceará

CREMESP – Conselho Regional de Medicina de São Paulo

CRM – Conselho Regional de Medicina

PEP – Processo Ético-Profissional

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS	07
LISTA DE SIGLAS	08
1 INTRODUÇÃO	11
2 NOÇÕES DE DIREITO PENAL RELACIONADAS AO ERRO MÉDICO	14
2.1 Elementos do fato típico	14
2.2 Da antijuridicidade	17
2.3 Conceito de crime culposo e doloso	17
2.4 Modalidades de culpa	19
2.4.1 Imperícia	19
2.4.2 Imprudência	20
2.4.3 Negligência	21
3 O ERRO MÉDICO	25
3.1 Aspectos históricos	26
3.2 Conceito de erro médico	29
3.3 Resultado adverso, complicação e má prática	31
3.4 Fatores concorrentes para o erro médico	32
3.5 Perícia do erro médico	34
4 RESPONSABILIDADE DO MÉDICO	36
4.1 Natureza da culpa médica	37
4.1.1 Erro de diagnóstico	38
4.1.2 Erro grosseiro	38
4.1.3 Erro de tratamento	39
4.2 Responsabilidade ética	40
4.2.1 Processo ético-disciplinar nos Conselhos de Medicina	40
4.3 Responsabilidade penal	45
4.4 Responsabilidade civil	47
4.5 Prevenção do erro médico	51

5 CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS	55
ANEXO I – Código de Ética Médica	59
ANEXO II – Código de Processo Ético Profissional	67
ANEXO III – Lei nº. 3.268/57	74
ANEXO IV – Jurisprudências	79

1 INTRODUÇÃO

Desde que o homem estabeleceu-se como indivíduo integrante de uma sociedade e aprendeu a lidar com formas de cura e diagnóstico para combater seus males corporais e espirituais são feitas reflexões acerca da responsabilidade no exercício da atividade médica. No início, o médico era figura mágica e, assim como o sacerdote, era ungido da virtude da perfeição, dotado de poderes divinos e infalíveis de cura, visto que as doenças eram expressões materiais do pecado.

A primeira legislação que trouxe regras escritas sobre o médico e sua profissão é de mais de dois mil anos antes de Cristo, trata-se do Código de Hamurabi. Nele estavam previstas punições corporais para médicos que obtivessem maus resultados, e elas variavam de acordo com a classe a que pertencia o paciente.

O erro médico é um resultado danoso ao paciente advindo da ação ou omissão do médico no exercício da atividade profissional. É a falta de observância de regra técnica e ética capaz de causar dano à saúde ou à vida de alguém, em qualquer das modalidades de culpa: *imperícia, imprudência e negligência*.

A responsabilidade penal não pode ocorrer enquanto não houver comprovado prejuízo ou dano ao indivíduo decorrente da má conduta médica. O dano oriundo de uma situação incontrollável, caso fortuito ou força maior, incapaz de ser previsto e evitado não entra na esfera penal, pois o médico tem uma obrigação de meio, de agir com diligência e de acordo com a *Lex artis*, e não uma obrigação de resultado.

Na responsabilidade civil, também se apura a culpa do médico e se estabelece uma obrigação legal de reparar o mal por ele causado ao paciente. É necessário que haja prova inequívoca da atuação culposa do médico, e isso, cabe ao paciente comprovar.

Paralelamente ao poder judiciário, temos o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina que são competentes para apurar denúncias, instaurar e julgar processos ético-disciplinares e aplicar penas disciplinares ao médico faltoso.

Neste trabalho objetiva-se uma análise pormenorizada da responsabilidade por erro médico, definindo-o e estabelecendo suas características principais de acordo com a jurisprudência pátria, a fim de esclarecer quais resultados podem ser considerados erro médico, mau resultado, má prática ou complicação, a forma como se dá os andamentos de um processo disciplinar feito nos Conselhos de Medicina e de um processo judicial.

Faz-se necessário ressaltar que no caso do erro médico deve-se agir com grande prudência na sua apuração, visto que a Medicina não é ciência exata, matematizável e algumas vezes até pouco previsível. Com efeito, tem-se o posicionamento do Professor Clóvis Meira (1989):

Os médicos assumem o compromisso de dar o melhor de si em favor dos que assistem, mas não são infalíveis nas conclusões e na escolha das medidas mais adequadas a serem aplicadas aos seus pacientes. Também não podem ser obrigados à onisciência, nem a penetrar em todos os ramos da Medicina contemporânea. Em certas e determinadas situações, ninguém ignora isso, a Medicina nada pode oferecer.

Para realização deste trabalho, tomou-se como embasamento teórico autores renomados no assunto, dentre os quais se destacam: Couto Filho (2007), Coutinho (2006), França (2007), Gifoni (2007), Gomes (2001), Pacheco (1991). O procedimento metodológico caracterizou-se por uma revisão da literatura, acompanhada de dados estatísticos obtidos tanto em livros como aqueles cedidos pelo Conselho Regional de Medicina do Ceará, demonstrados por meio de gráficos.

O trabalho foi dividido em cinco capítulos, composto de itens que abordarão diferentes aspectos relevantes para o estudo do tema. O primeiro capítulo consistiu na Introdução.

O segundo capítulo tratou dos elementos de Direito Penal relacionados ao erro médico, fato típico, conceito de crime culposos e dolosos. Versou-se sobre as modalidades de culpa, definindo-as e exemplificando-as.

No terceiro capítulo, abordou-se o Erro médico, os seus aspectos históricos e sua definição, diferenciando-o do resultado adverso, da complicação e da má prática, evidenciando as regras na realização da perícia do erro médico.

No capítulo quatro, fez-se uma abordagem geral sobre a responsabilidade do médico em seus aspectos ético, penal e cível. Ventilaram-se as medidas que pode prevenir a configuração do erro médico e como os profissionais podem se resguardar de processos éticos e judiciais. Através de dados estatísticos apresentados, vê-se a incidência das penalidades disciplinares e a origem dos processos ético-profissionais.

E, por fim, apresentou-se a conclusão enfocada na percepção dos profissionais acerca do Erro médico e da responsabilidade que surge a partir dele.

2 NOÇÕES DE DIREITO PENAL RELACIONADAS AO ERRO MÉDICO

O Direito Penal é o conjunto de princípios e regras que procura estabelecer as características da conduta criminosa e suas conseqüências, regulando a intervenção do Estado, o seu interesse de agir e o seu poder punitivo.

2.1 Elementos do fato típico

A culpabilidade é a reprovabilidade da conduta típica e antijurídica, onde o agente podia ter agido de acordo com a norma. É, pois, pressuposto da aplicação da pena. Seus elementos são: imputabilidade, potencial consciência da ilicitude e exigibilidade de conduta diversa (MIRABETE, 2003).

Para que ocorra um crime é preciso que alguém pratique uma conduta descrita em lei, a qual se possa atribuir uma penalidade. A conduta que têm relevância penal decorre de um estado psicológico determinado do agente, de modo que só há crime se o elemento subjetivo previsto no tipo penal estiver presente e agregado à conduta ilícita (MIRABETE, 2003).

Dessa forma, para Damásio de Jesus (2003 *apud* COUTINHO, 2006) são componentes do fato típico:

- Conduta humana dolosa ou culposa;
- Resultado, salvo em crimes de mera conduta;
- Nexo de causalidade entre a conduta e o resultado, salvo em crimes de mera conduta e formais;
- Imputação objetiva; e
- Tipicidade.

A conduta é a ação ou omissão humana consciente e dirigida a uma finalidade. Pode ser expressa pelo postulado *nullum crimen sine conducta* (não há crime sem ação). É uma atividade final humana e não um comportamento

simplesmente causal. Ela se realiza mediante a manifestação de vontade dirigida a um fim (MIRABETE, 2003).

No crime doloso, a finalidade da conduta é a vontade de concretizar um fato ilícito. O dolo é a consciência e a vontade de realizar a conduta tipificada na lei penal. Já no crime culposo, o fim não está dirigido ao resultado lesivo, o agente é autor do tipo por não ter empregado ao seu comportamento os cuidados necessários a evitar o resultado. O que se tenta conter é a forma e o modo impróprios como o agente se comportou. Aqui, é onde normalmente se encontram as atuações médicas passíveis de responsabilização.

O resultado é a modificação do mundo exterior provocado pelo comportamento humano voluntário. É a lesão ou perigo de lesão a um bem jurídico tutelado pela norma penal (COUTINHO, 2006).

Os crimes podem ser classificados quanto ao resultado naturalístico em: materiais, formais e de mera conduta. Há crime material quando houver produção de resultado externo; sob o prisma da responsabilidade penal do médico, temos o agente acusado de praticar um homicídio. Nos formais, não precisa que haja a ocorrência do resultado pretendido pelo agente. Já nos de mera conduta, a consumação se dá independente de resultado naturalístico, como verificamos no crime de omissão de doença, escrito no art. 269, CP (COUTINHO, 2006).

Ainda é preciso, para haver o fato típico configurado, que exista um nexo de causalidade entre a conduta e o resultado, como prevê o art. 13 do Código Penal: "o resultado, de que depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa". Esse dispositivo traz consigo a *teoria da equivalência dos antecedentes ou da equivalência das condições*, em que todos os fatos que concorrem para o resultado devem ser considerados causa deste (*conditio sine qua non*). Causa seria toda condição necessária à produção do resultado (MIRABETE, 2003). Portanto, para que haja o dever de responder pelo dano, deve ficar demonstrado inequivocamente que a ação ou omissão do médico concorreu para agravar a saúde de um paciente sob seus cuidados.

Não se subtrai a relação de causalidade se houver a existência de uma *concausa* (preexistente, concomitante ou superveniente), que é uma outra causa, que, ligada à primeira, concorre para o resultado. Não há exclusão da imputabilidade (FRANÇA, 2000). Exemplos colhidos na jurisprudência: choque anestésico por excesso de éter ou imprudência dos médicos operadores; broncopneumonia em virtude de internação em decorrência de lesões sofridas pela vítima.

Segundo Damásio de Jesus (2001), a Imputação objetiva é a atribuição a alguém da realização de uma conduta criadora de um risco relevante e juridicamente proibido a um interesse penalmente protegido, resultando um evento jurídico (resultado normativo). Como ensina Margarida Martinez Escamilla (1992 *apud* JESUS, 2001): “a primeira característica que deve apresentar um comportamento para que seja possível a imputação é que trate de um atuar perigoso, que crie um determinado grau de probabilidade de lesão do bem protegido”. Não basta a existência do risco, ele deve se converter num resultado jurídico.

O perigo de dano é inerente a qualquer atividade humana. Os riscos podem ser permitidos ou proibidos. O médico aplicar uma anestesia em seu paciente, com as precauções necessárias a evitar uma reação alérgico-medicamentosa, é um risco permitido, mesmo que ocorra um choque anafilático. No entanto, se essa atividade não for feita obedecendo aos procedimentos adequados e sobrevier uma complicação para o paciente, há o risco proibido, que pode ser punível (COUTINHO, 2006). A exemplo disso, temos:

“Como poderá um anestesista – para exemplificar – evitar que um determinado paciente, cardiopata, mas que precisa fazer uma determinada cirurgia de urgência, se não irá morrer, tenha uma parada cardíaca em razão de anestésico? Trata-se de um risco ao qual o paciente terá que submeter, a não ser que escolha morrer – e tem esse direito, caso esteja consciente. Este risco existe, é previsível, e pode até ser esperado para o caso, mas não há nada que o médico possa fazer para impedir que ocorra. A parada cardíaca poderá acontecer ou não, dependendo da reação do organismo do paciente naquele dado momento” (COUTO FILHO, 2004 *apud* COUTINHO, 2006).

A tipicidade, segundo Mirabete (2003), “é a correspondência exata, a adequação perfeita entre o fato natural concreto, e a descrição contida na lei”. Ela

resulta do princípio da reserva, legal descrito na nossa Carta Magna, artigo 5º, inciso XXXIX, que “não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal”.

O tipo penal, de acordo com Capez (2003), possui os seguintes elementos constitutivos: *núcleo*, estabelecido por um verbo; *referência a qualidades exigidas para o sujeito ativo em alguns casos*, como ser funcionário público; *alusão a características do sujeito passivo* (recém-nascido); *objeto material*, coisa alheia móvel, documento; *menção de lugar, tempo, ocasião, modo de execução, meios empregados e fim visado pelo agente*.

2.2 Da antijuridicidade

É a contradição entre a conduta e o ordenamento jurídico. Se não houver nenhuma causa excludente de ilicitude, há a antijuridicidade. São causas de exclusão de ilicitude, segundo o artigo 23 do Código Penal: a legítima defesa, o estrito cumprimento de dever legal, o estado de necessidade e o exercício regular de direito. Este último guarda relevância para a responsabilidade penal do médico.

Dessa forma, para que um médico possa ser responsabilizado por uma conduta típica criminosa, se faz necessário que ele não esteja coberto por nenhuma das causas excludentes de ilicitude.

2.3 Conceito de crime culposo e doloso

O Código Penal, em seu artigo 18, conceitua bem o crime doloso e o culposo:

Art. 18. Diz-se o crime:

I – doloso, quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo;

II – culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia.

Parágrafo único. Salvo os casos expressos em lei, ninguém pode ser punido por fato previsto como crime, senão quando o pratica dolosamente.

No crime doloso, há, segundo Capez (2003), a vontade e a consciência do agente em realizar os elementos que compõem o tipo penal.

A palavra dolo advém do grego, que quer dizer engano, astúcia. É a atitude subjetiva de decidir-se pela execução de uma ação que realiza um tipo penal. Segundo Florian, são elementos do dolo: a representação mental do ato, desígnio prévio do ato e de suas conseqüências objetivas; vontade consciente do ato em si; a intenção, ou seja, o efeito que, querendo um fato, se propõe a realizá-lo; motivo psicológico ou determinante, que impeliu a vontade de alcançar o evento; e consciência do ilícito jurídico (COUTINHO, 2006). Se o médico age com resoluta vontade de praticar o tipo, ou admite o risco de contrariar o ordenamento jurídico, deve ser responsabilizado por crime doloso, de acordo com a lei penal.

Podemos tomar como exemplo um médico que prescreve um remédio, sabendo da possibilidade deste causar a morte do doente, apenas para testar o medicamento. Acaso o paciente venha a falecer, inevitavelmente o médico assumiu o risco de chegar ao resultado, e poderá ser responsabilizado pela conduta dolosa (COUTINHO, 2006).

Para Noronha (2001), diz-se:

Crime culposo quando o agente, deixando de empregar a atenção ou diligência de que era capaz em face das circunstâncias, não previu o caráter delituoso de sua ação ou o resultado desta, ou, tendo-o previsto, supôs levemente que não se realizaria; bem como quando quis o resultado, militando, entretanto, em inescusável erro de fato.

Segundo Coutinho (2006), são elementos do crime culposo: ação ou omissão voluntária; resultado de dano ou de perigo; nexos causal entre a ação e o resultado; previsibilidade do resultado; ausência de previsão; e quebra do dever objetivo de cuidado. Aqui, deve sempre estar presente o princípio da previsibilidade,

para que se possa julgar a culpa, pois se havia possibilidade de prever o resultado adverso danoso e não foi evitado, há indicativo de culpa.

Como afirma Heleno Cláudio Fragoso (*apud* COUTINHO, 2006), “a culpa consiste na omissão das cautelas e diligências impostas pela vida social, cuja observância se impõe para evitar o dano ou lesão aos componentes do grupo”.

Pelo disposto anteriormente no art. 18, parágrafo único, CP, um crime só pode ser punido como culposo quando houver expressa previsão legal.

2.4 Modalidades de Culpa

Na culpa, não há vontade de lesionar, de prejudicar o paciente, diferente do dolo, onde está explícita a vontade do agente de causar dano ao paciente, há a intenção criminosa. Na maioria dos casos de erro médico comprovados, há a incidência da culpa, pois é o fundamento jurídico da responsabilidade penal médica.

A responsabilidade por atos e omissões, juridicamente, resultam em três modalidades de culpa: imperícia, imprudência e negligência.

2.4.1 Imperícia

Deriva do latim *imperitia de imperitus*, e consiste na incapacidade de conhecimento ou habilitação para o exercício de determinada ocupação. Pode advir da falta de prática ou da ausência de conhecimentos técnicos da profissão (COUTINHO, 2006).

Segundo Panasco *apud* Pacheco (1991):

Para todo mister há normas estipuladas e obrigações ligadas a um mínimo de conhecimentos que particularizam uma situação, permitindo, ao profissional, o atendimento necessário. Fazendo

parte do seu cortejo, encontramos a inabilidade, o desconhecimento, a desatualização.

É imperito quem não observa as normas, por despreparo prático ou insuficiência de conhecimentos técnicos. Aqui, há uma carência de aptidão, teórica ou prática, para desempenhar uma tarefa técnica. Também é imperito aquele que é inabilitado ou incapacitado para exercer certo ofício (FRANÇA, 2007). É observável quando um médico, ao realizar um procedimento, o faz de modo equivocado por não ter experiência, estar despreparado tecnicamente ou ser incompetente. Não se pode confundir com a iatrogenia¹, que é a lesão ou enfermidade produzida pelo médico no exercício profissional correto.

Alguns doutrinadores defendem a tese de que um médico habilitado, com diploma de uma faculdade autorizada pelo MEC, e registrado no devido Conselho Regional de Medicina, está apto a exercer a profissão, não podendo lhe ser imputado a imperícia (GIFONI, 2007).

Seguindo esta tese, temos Genival França (2007):

Nas faltas mais grosseiras, mesmo sabendo-se que o médico não é infalível, deveremos sempre estar diante de uma imprudência ou de uma negligência, por mais que pareça à primeira vista tratar-se de um caso de imperícia. Entendemos que juridicamente tal situação é insustentável, pois o diploma e o seu registro nas repartições competentes outorgam uma habilitação que torna o médico legalmente imune à imperícia.

2.4.2 Imprudência

A imprudência, do latim *imprudens, entis*, significa afoiteza, incontinência no procedimento, impulsividade. É a falta de observação do fim desejado ou dos meios mais adequados a produzi-lo. Os médicos, ao praticarem atos sem os recursos (materiais ou humanos) necessários ao sucesso de sua conduta, devem ser responsabilizados se ficar evidenciada a imprudência. Sobrevém o erro médico

¹ “É utilizada para denominar quaisquer doenças ou danos causados a alguém por um ato médico, seja esse ato terapêutico ou cirúrgico” (COUTO FILHO, 2005).

quando o médico adota procedimentos de risco para o paciente sem respaldo científico ou sem esclarecimentos à parte interessada (COUTINHO, 2006).

A imprudência tem forma ativa e consiste na prática de ato perigoso, sem os cuidados que o caso requer. Segundo Gifoni (2007), “a imprudência é a atitude médica intempestiva, ousada, por açodamento, pressa não ligada ao interesse do paciente, às normas técnicas profissionais”.

Para França (2007), imprudente é o médico que age sem a cautela necessária. É aquele cujo ato ou conduta são caracterizados pela intempestividade, precipitação, insensatez ou inconsideração. A imprudência tem sempre caráter comissivo. O cirurgião que, podendo realizar uma operação por um método conhecido, abandona essa técnica e, como consequência, acarreta para o paciente um resultado danoso, comete imprudência, e não imperícia.

Na imprudência temos a imprevisão ativa: *culpa in committendo*. Aqui, o profissional tem plena consciência de sua atuação, mas, agindo sob uma conduta abusiva, preenche as características de uma falta (FRANÇA, 2007).

O artigo 57 do Código de Ética Médica trata claramente de uma situação de imprudência médica:

(É vedado ao médico:) [...] Art. 57. Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

2.4.3 Negligência

A negligência deriva do latim *negligentia*, e significa descuido, desleixo, incúria, um profundo menosprezo. Configura-se quando um profissional deixa de observar todos os deveres impostos à execução de qualquer ato. Pode ocorrer quando o doente é abandonado ou entregue a pessoas inexperientes, sofrer omissão de socorro, violação do dever de diligência ou impontualidade do médico (COUTINHO, 2006).

É a inação, inércia, passividade, inobservância das normas que nos mandam atuar com atenção, capacidade, solicitude e discernimento. A negligência ocorre na omissão de precauções exigidas para salvaguarda do dever a que o agente é obrigado. Decorre de inatividade material (corpórea) ou subjetiva (psíquica). Reduz-se a um comportamento negativo (PACHECO, 1991).

Gifoni (2007) diz que a negligência é uma ação falha, desinteressada, inércia ou passividade do profissional médico, deixando de proporcionar ao paciente um tratamento correto por puro descaso, se incluindo qualquer omissão ou desatenção que resulte dano ao paciente. Há a culpa *in omittendo*, imprevisão passiva.

Para Noronha (2001), negligente é quem, podendo e devendo agir de determinado modo, por indolência ou preguiça mental, não age ou comporta-se de modo diverso.

Conforme Pacheco (1991), há duas espécies de negligência:

- Negligência consciente: dá-se quando o agente sabia da possibilidade de sua atitude conduzir a resultado ilícito e, ainda assim, assume o risco, por achar que ele não vai ocorrer no caso, ou por achar que, caso ocorra, poderia evitar o resultado danoso através de sua habilidade pessoal.
- Negligência inconsciente: ocorre quando não há, pelo agente, a previsão das conseqüências que um homem prudente poderia prever.

Segundo França (2007), pode-se configurar a negligência nas seguintes circunstâncias:

- Abandono do doente, que está configurado no artigo 61 do CEM;
- Prática ilegal por pessoal técnico. Se o auxiliar subalterno exerce um ato sob ordens ou instruções, mas no qual a presença do médico é

indispensável, aplica-se o princípio da negligência do superior responsável;

- Omissão de tratamento. O médico omite um tratamento ou retarda o encaminhamento do paciente a outro médico para os cuidados necessários;
- Esquecimento de corpo estranho em cirurgia, como na figura abaixo, onde há uma régua de 33 cm no abdômen de um paciente:



Figura 1 – radiografia de abdômen
Fonte: Gustavo Fico, 2006.

- Negligência de um médico pela omissão de outro. Ocorre quando certas tarefas de exclusiva responsabilidade de um médico são entregues a outros, e o resultado não é satisfatório;
- Letra do médico. Quando a receita for indecifrável, por causa da letra ilegível do médico e, desse fato, houver a troca de medicamento e resultar num dano ao paciente; e
- Negligência nos hospitais. Pode-se acionar por negligência um hospital nos seguintes casos: rejeitar a internação de um paciente sem justificativa,

alta prematura, lesões sofridas durante o internamento, infecção hospitalar.

Outras eventualidades podem configurar a conduta negligente na atividade médica, de acordo com Pacheco (1991):

- Exame superficial e inatencioso, em especial quando feito por especialista, trazendo como consequência um falso diagnóstico;
- Prática ilegal por estudantes de medicina;
- Descuidos na transfusão de sangue; e
- Prescrição medicamentos indevida ou superdosagem.

A título de exemplo, temos o seguinte caso: um paciente idoso, hipertenso e fumante queixa-se de dor no peito e falta de ar a um médico de emergência. Este o libera rapidamente sem os devidos exames e necessária avaliação, apenas receitando uma medicação oral. Horas depois, o paciente morre e fica confirmada em necropsia como sendo devida a um infarto agudo do miocárdio. Nesta senda, ficam evidentes a negligência profissional do médico, o dano e o nexos causal entre o descaso e o resultado (GIFONI, 2007).

Coutinho (2006) diz que a negligência é a forma mais freqüente de erro médico no serviço público, muitas vezes advindo da sobrecarga de trabalho; o profissional age com pouco interesse aos deveres e compromissos éticos.

3 O ERRO MÉDICO

O médico tem a missão de salvar vidas: prevenir, aliviar, tratar e curar os males que afligem seus pacientes. Para cumpri-la, algumas vezes, é indispensável empregar todos os meios e recursos que dispõe: sua arte, sua ciência e até certas condutas que podem contrariar fundamentos legais. Mas sempre se exige do profissional, em todos os casos, a proteção incondicional e a inviolabilidade da pessoa humana (FRANÇA, 2007).

A atividade médica lida diretamente com dois dos principais bens supremos do indivíduo, a vida e a saúde, que são protegidos pela ordem estatal, por isso há a sua regulamentação através de normas e princípios, o que resulta numa grande proximidade entre o Direito e a Medicina (BARROS JUNIOR, 2005).

À medida que estas duas áreas foram evoluindo, surgiram pontos conflitantes que precisaram ser previstos e normatizados, a fim de evitar condutas irresponsáveis no exercício das funções médicas.

Novas técnicas de tratamento e diagnóstico surgem a cada dia, o que torna a Medicina uma ciência em constante estado de mutação. Não existem métodos estritamente obrigatórios de tratamento e exame. Por envolver diversos fatores: condição clínica do paciente, sua resposta ao tratamento e ambiente de trabalho do médico, erros podem acontecer, mas nem todos devem ser considerados passíveis de responsabilização na esfera judicial (CREMESP, 2006).

O erro pode ser vencível ou invencível. Neste há o caso fortuito onde o agente não poderia superar ou evitar o erro, mesmo que houvesse agido com grande diligência, por isso exclui-se tanto o dolo como a culpa, desaparecendo a tipicidade. Naquele há a culpa, a situação real poderia ter sido prevista e evitada pelo agente se tivesse agido com maior desvelo. Aqui, se afasta o dolo, mas permanece a culpa se o fato previsto em lei tiver a forma culposa (PACHECO, 1991).

O erro médico é a falha do médico no exercício da profissão. Excluem-se dele as limitações da própria natureza, bem como as lesões produzidas deliberadamente pelo profissional para evitar um mal maior, ou se ficar comprovado caso fortuito, força maior, culpa exclusiva do paciente ou de terceiros. O erro, devidamente comprovado, pode gerar responsabilidades ética, criminal, civil e administrativa, seja de forma isolada, seja de forma concomitante (BARROS JUNIOR, 2005).

O médico tem a obrigação de envidar todos os esforços e de pôr em prática todo seu conhecimento acadêmico a favor do paciente. É, geralmente, uma obrigação de meio e não de resultado. Pode ele fracassar desde que tenha agido corretamente, com diligência e ética (MENDES, 2006).

3.1 Aspectos históricos

O Direito e a Medicina são áreas de conhecimento e atividades profissionais pautadas na defesa da dignidade humana. A Medicina surgiu com necessidade do homem de buscar curas para os seus males corporais e espirituais. No início, a arte médica estava nas mãos de feiticeiros ou de sacerdotes, visto que a saúde e as doenças eram meros desígnios dos deuses. O Direito nasceu da necessidade de defender o homem contra toda forma de dominação e violência, através de critérios e normas impositivas essenciais para a convivência e o equilíbrio sociais. Na proporção em que a Medicina e o Direito evoluíram, surgiram certos pontos de contato (PACHECO, 1991).

A evolução da Medicina e o crescente número de casos de morte ou lesão de pacientes fizeram com que o Estado passasse a regulamentar a relação médico-paciente, impondo responsabilidades aos médicos. A primeira legislação que trouxe regras escritas sobre o médico e sua profissão é de mais de dois mil anos antes de Cristo, trata-se do Código de Hamurabi. Nele estavam previstas punições corporais para médicos que obtivessem maus resultados. A punição variava de acordo com a classe a qual pertencia o paciente.

Especificamente, o art. 218 do Código de Hamurabi diz que:

Se um médico fez em um **awilum** uma incisão difícil com uma faca de bronze e causou a morte do **awilum** ou abriu a **nakkaptum** de um **awilum** com a faca de bronze e destruiu o olho do **awilum**, eles cortarão a sua mão (COUTINHO, 2006).

Na seqüência tivemos o Código de Manu, da Índia, e a Lei das XII Tábuas, ambos seguiam a Lei de Talião: “olho por olho, dente por dente”.

A *Lex Aquilia* de Roma, 572 d.C., previa a pena de morte ou deportação do médico que cometesse falta profissional. Já no Direito Romano, no *Digesto* vigia a regra segundo a qual “assim como não se deve imputar ao médico o evento da morte, assim também deve atribuir-se-lhe o que fez por imperícia”.²

A Medicina arcaica na Mesopotâmia estabeleceu os honorários médicos e as penalidades, caso ocorresse morte ou danos ao paciente.

Os árabes muçulmanos previam penas de açoite, prisão ou morte quando um médico fracassava ou caía em desgraça.

Durante séculos, perdurou a vingança privada. Com a interferência estatal, ela foi dando lugar à composição, onde a vítima passa a receber do agressor uma soma em pecúnia ou um objeto valioso como “indenização” pelo dano sofrido. A severidade nas punições diminuiu a partir do Iluminismo, com as pregações de Montesquieu a favor da tolerância para com os erros médicos devido à imperfeição da ciência hipocrática.

O Código de Napoleão determinava que os médicos fossem devidamente responsabilizados pelos danos produzidos por erro médico e deviam repará-los. Isto fez com que a Academia de Medicina de Paris contra-atacasse dizendo que os médicos não seriam responsabilizados pelos erros provocados de boa-fé no exercício da profissão.

² “Sicut medico imputari eventus mortalitatis non debet, ita quod per imperitiam commisit imputari ei debetur”. (Digesto, Livro I, Título 7, Lei 6, §7º)

O Parlamento de Paris e o de Bordeaux pronunciaram-se sobre a responsabilidade dos médicos em 1756 e 1768 respectivamente. Mas, somente em 1832, houve verdadeira assunção de responsabilidade por erro médico. Foram os processos denunciados e sustentados pelo Procurador M. Dupin. O primeiro foi contra o Dr. Helie, que foi condenado ao pagamento de uma pensão anual no valor de 200 francos, e o segundo contra o Dr. Thouret-Noroy. Dupin deixou um parecer de grande valor histórico sobre responsabilidade profissional. Afirmou:

O médico e o cirurgião não são indefinidamente responsáveis, porém o são às vezes; não o são sempre, mas não se pode dizer que não o sejam jamais. Fica a cargo do juiz determinar cada caso, sem afastar-se desta noção fundamental: para que um homem seja considerado responsável por um ato cometido no exercício profissional, é necessário que haja cometido uma falta nesse ato; tenha sido possível agir com mais vigilância sobre si mesmo ou sobre seus atos e que a ignorância sobre esse ponto não seja admissível em sua profissão. [...] Que os médicos se confortem: o exercício de sua arte não está em perigo; a glória e a reputação de quem a exerce com tantas vantagens para a Humanidade não serão comprometidas pela falta de um homem que falhe sob o título de doutor. Não se sacam conclusões e dificilmente se conclui partindo do particular para o geral, e de um fato isolado a casos que não oferecem nada de semelhante. Cada profissão encerra em seu seio, homens dos quais ela se orgulha e outros que ela renega (GOMES, 2001).

Rudolf von Ihering (*apud* PACHECO, 1991) também se manifestou sobre o fato:

[...] Por séculos afora a questão da responsabilidade do médico é debatida, estudada e julgada. Firmou-se, principalmente após as famosas decisões da Corte de Cassação da França, que realmente os médicos são responsáveis por seus atos e por eles respondem quando obram com culpa. Sem a prova desta, inexistente responsabilidade. Sem culpa, nenhuma reparação.

Vários outros povos legislaram a respeito da conduta médica, seja em seus livros sagrados, seja em suas constituições antigas. Assim percebemos a preocupação que envolve o erro médico e sua responsabilização desde os primórdios da Medicina. Surgindo a responsabilidade ético-jurídica pelo erro.

No Brasil, a ciência hipocrática passou por três fases, quais sejam: fase pré-científica, que vai da colonização até a chegada da família real, marcada pelo uso indiscriminado da arte da medicina; fase de transição, de 1808 a 1841; e a fase positiva que perdura até os dias de hoje, onde a arte curativa adota o conhecimento científico e sistematizado. É também nesta última fase que se iniciam as ações judiciais por erro médico, tendo ênfase após a promulgação da nossa atual Carta Constitucional (COUTINHO, 2006).

3.2 Conceitos de erro médico

Conforme descrito no dicionário Aurélio Básico (FERREIRA, 2001), a palavra erro pode significar: “[...] juízo falso, desacerto, engano, incorreção, inexatidão, falta, desregramento, dentre outros”. Para o dicionário Koogan/Houaiss (1994): “[...] opinião, julgamento contrário à verdade”.

O erro médico é toda e qualquer falha ocorrida durante a prestação da assistência à saúde que tenha causado dano ao paciente, seja por falha de um determinado aparelho na realização de um exame, seja por não haver um leito disponível na UTI, ou por erro de outros profissionais da saúde (CREMESP, 2006). Ele está previsto no artigo 29 do atual Código de Ética Médica (CEM), Resolução CFM nº. 1.246/88, *in verbis*:

(É vedado ao médico:) [...] Art. 29. Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Erro médico é aquele em que um profissional de capacidade mediana, trabalhando nas mesmas condições, não o cometeria. Caracteriza-se pelo mau resultado ou resultado adverso decorrente da ação ou omissão do médico no exercício profissional. É a inobservância técnica capaz de causar dano à saúde ou à vida de alguém, classificada em: *imperícia*, *imprudência* e *negligência médica* (GOMES, 2001).

A imperícia médica é decorrente da falta de observação das normas técnicas, por despreparo prático ou insuficiência de conhecimento (FRANÇA, 2007).

A imprudência médica ocorre quando o médico, por ação ou omissão, assume procedimentos de risco para o paciente sem respaldo científico ou sem esclarecimento a parte interessada (COUTINHO, 2006).

Já a negligência médica acontece quando o profissional trata com descaso ou pouco interesse os deveres e compromissos éticos para com o paciente e com a instituição em que trabalha (COUTINHO, 2006).

O erro também pode ser de ordem pessoal, quando o ato lesivo se deu, na ação ou omissão, por despreparo técnico, erro grosseiro ou elementar, culpa grave e inescusável ou por o agente não estar em boas condições emocionais e físicas. E é de ordem estrutural, quando independe das habilidades médicas, mas das condições de trabalho e dos meios oferecidos serem insuficientes para se chegar a um bom resultado (FRANÇA, 2007).

Para Clóvis Meira (1989):

O erro é próprio da natureza humana. Quando ocorre com os médicos, resultado de atos médicos, a lei prevê a reparação do dano e a punição penal, além de restrições impostas ao exercício profissional, estas da alçada do Conselho de Medicina. A mesma falta, desde que efetivamente comprovada, pode gerar punição para o médico faltoso, além de possíveis penalidades administrativas.

A responsabilidade no Direito comum aparece a partir do momento em que os atos praticados pelo médico configuram imprudência, negligência ou ignorância técnica. Torna-se de competência da Justiça.

Atualmente, a expressão “erro médico” é, muitas vezes, empregada para nomear qualquer tipo de falha cometida na prestação dos serviços de saúde que tenha ocasionado um dano ao paciente. Neste sentido, se faz necessária a atuação dos Conselhos de Medicina, tanto na humanização do atendimento quanto na

apuração e punição do erro médico (quando configurado), como no diálogo com a sociedade e na capacitação dos profissionais de saúde (CREMESP, 2006).

3.3 Resultado adverso, complicação e má prática

Existem situações em que o paciente sofre danos decorrentes da atuação médica, mas que não podem ser considerados erros médicos: o mau resultado ou resultado adverso e a complicação.

O *resultado adverso* ou *mau resultado* ocorre quando o profissional, mesmo empregando todos os recursos adequados, obtém resultado diferente do pretendido. A adversidade decorre de uma situação incontrolável, de curso inexorável. Ou seja, da própria da evolução do caso, para o qual não é possível para a ciência e para a Medicina prever o resultado indesejado. Embora incontrolável, o resultado adverso pode ser contornável pelo conhecimento científico e pela habilidade do profissional (CREMESP, 2006).

Já a *complicação ou intercorrências médicas* é um fenômeno que deriva do acontecimento clínico ou cirúrgico não associado a algum tipo de conduta profissional ilícita, a exemplo de uma nova doença que agrava o quadro clínico (FERRAZ; NOGUEIRA, 2005). É o aparecimento de uma nova condição mórbida no decorrer de uma doença, devida ou não à mesma causa. Por exemplo, um paciente portador de arteriosclerose, no decorrer do tratamento de uma gangrena, morre devido a infarto no miocárdio. Ele superou a amputação, mas não o fechamento de uma artéria.

A *má prática médica* surge quando a ciência médica se desvia da sua finalidade humanitária e se usa a medicina para atentar contra a dignidade do ser humano. Não se deve confundi-la com o erro médico, pois neste a conduta é culposo apenas, na má prática há a clara intenção de desprezar gravemente um ser humano, lesando-o nos seus direitos humanos fundamentais. O erro é uma expressão da fraqueza humana; a má prática é mais uma expressão de sua maldade (MARTIN, 1994).

Coerente com sua postura de defesa do valor e da dignidade da vida humana, o Código de Ética Médica (CEM), condena como má prática não somente a participação médica na tortura, mas, também, o envolvimento do médico, de qualquer forma, na execução de pena de morte. Como dispõe o art. 54 do C.E.M., *in verbis*:

(É vedado ao médico:) [...] Art. 54. Fornecer meio, instrumento, substância, conhecimentos ou participar, de qualquer maneira, na execução de pena de morte.

O CEM, igualmente, veta ao médico usar qualquer procedimento que possa alterar a personalidade ou consciência de uma pessoa, a fim de diminuir sua capacidade física ou mental em investigação policial. Do mesmo modo, tolhe o exercício da medicina de forma contrária aos costumes e para cometer ou favorecer qualquer tipo de conduta criminosa. Percebemos isto ao ler o art. 55 do CEM, *in verbis*:

(É vedado ao médico:) [...] Art. 55. Usar a profissão para corromper os costumes, cometer ou favorecer crime.

3.4 Fatores concorrentes para o erro médico

A relação médico-paciente mudou significativamente. Hoje, no lugar do médico de família, que acompanhava de perto todos os problemas de saúde de pais, filhos e netos, temos os médicos especialistas, com um profundo domínio sobre pequena parcela do conhecimento médico, mas impessoal e limitado na visão do paciente como um todo. O enorme progresso no campo tecnológico parece estar modificando o relacionamento humano com o doente (MARTINS, 1998).

A boa relação entre o médico e o paciente é fundamental para o sucesso de um tratamento, o que contribui para evitar danos decorrentes de “erros médicos” ou de outros problemas. Ela depende de medidas simples, como transparência e informação de ambas as partes. O médico, a despeito das más condições em que

possa trabalhar, deve sempre prestar atendimento adequado e humanizado. Já o paciente deve dar todas as informações que possam ajudar o médico no correto diagnóstico do mal e, também, deve esclarecer todas as dúvidas sobre seu estado de saúde (CREMESP, 2006).

Dessa forma, a relação médico-paciente ideal seria uma relação de natureza profissional, de confiança recíproca, de honestidade, de direito e deveres do médico e do doente e impregnada de humanismo e compaixão para com aquele que está convalescendo (CREMESP, 2006).

Inúmeros são os fatores que influenciam na configuração do ato lesivo (COUTINHO, 2006), além da relação médico-paciente, quais sejam:

- Condições adversas para o pleno exercício da Medicina que variam desde a escassez de recursos materiais, excessivo número de pacientes, até a limitação dos meios de diagnóstico e cura impostos pelos contratos de medicina de grupo ou seguro-saúde;
- Formação médico-universitária deficiente, agravada pela falta de políticas que valorizem a educação;
- Acomodação profissional inserida na falta de constante atualização e especialização;
- Mercantilismo da medicina, onde há interesses meramente comerciais e o paciente é visto apenas como uma parcela pecuniária advinda do exercício da profissão, por iniciativa isolada do médico em especialidades rendosas ou em conjunto com cooperativas ou empresas médicas comprometidas com o lucro;
- Sistema de Saúde Pública desorganizado e desestruturado que acarreta complexas implicações legais e éticas;
- Baixa remuneração dos profissionais no setor público, o que faz com que os médicos assumam jornadas de emprego sobre-humanas, elevando o nível de estresse;

- Maior capacidade tecnológica usada para auxiliar a descoberta de erros;
- Falta de compromisso de alguns médicos; e
- Precária fiscalização do exercício profissional por algumas entidades de classe, que nem sempre procuram ajustar o profissional às normas éticas que regem seu ofício.

Andrade Jr. (2000) chega a semelhante enumeração ao advertir que são motivos determinantes para configuração do erro médico: os altos custos da Medicina moderna; o livre acesso dos pacientes ao conhecimento médico; a desmistificação desse profissional; o trabalho médico infelizmente cada vez menos arte; o Código do Consumidor; o acesso mais fácil à Justiça; os interesses das nacionalmente emergentes seguradoras do trabalho profissional; os interesses das fontes pagadoras estatais e particulares; a baixa remuneração dos médicos; a necessidade de o médico se proteger em relação aos seus atos; são exemplos de fatores externos que passaram a atuar sobre a antiga, restrita e íntima relação do médico com seu paciente.

Pelo disposto, verificamos quais fatores despontam como as principais causas da eclosão do erro médico no Brasil, podendo existir tantos outros. No entanto, os já elencados são os mais preocupantes e estão diretamente ligados à maioria dos casos de erro médico.

3.5 Perícia do erro médico

Os objetivos essenciais da avaliação pericial são: verificar o dano; estabelecer o nexo de causalidade; atentar para existência de concausas, que é uma condição pré-existente, concomitante ou superveniente, para que ocorra a ação de um agente ou de uma forma de energia causadora de dano; caracterizar as circunstâncias do ato médico; avaliar o estado anterior da vítima e estabelecer o padrão médico-legal (GOMES, 2001).

Segundo o Conselho Federal de Medicina, o perito não deve emitir parecer da existência de negligência, imprudência ou imperícia, e sim analisar os resultados nos padrões médico-legais para cada pleito requerido, caracterizar o dano e avaliar suas conseqüências.

Os padrões médico-legais utilizados na perícia do erro médico variam de acordo com os interesses analisados. Podem ser de natureza penal, cível ou administrativa (GOMES, 2001).

No âmbito penal, se busca evidenciar o *corpus criminis* (corpo da vítima), o *corpus instrumentorum* (meio ou ação que produziu o dano) e o *corpus probatorum* (conjunto de elementos sensíveis do dano causado) (FRANÇA, 2000).

Quando for de natureza cível, se deve estimar o dano sofrido como bem pessoal patrimonial, a fim de reparar através de um montante indenizatório as perdas físicas, funcionais ou psíquicas causadas à vítima (FRANÇA, 2000).

Já se a avaliação for de natureza administrativa, por interesse de função pública ou dos Conselhos Regionais de Medicina, são observados os deveres de conduta do acusado, quais sejam: de informação, de atualização, de abstenção de abuso e de vigilância.

4 RESPONSABILIDADE DO MÉDICO

Segundo Alexander Lacassagne (*apud* FRANÇA, 2007), a responsabilidade médica é a obrigação a qual estão submetidos os médicos em vista de falhas por eles empreendidas no exercício de sua profissão.

França (2007) define a responsabilidade médica como “a obrigação, de ordem civil, penal ou administrativa, a que estão sujeitos os médicos, no exercício profissional, quando de um resultado lesivo ao paciente, por imprudência, imperícia ou negligência”. Mas há uma corrente contrária a qualquer tipo de responsabilização, por ser a Medicina “um mandato ilimitado junto à cabeceira do doente, ao qual só pode aproveitar essa condição”. Ela sustenta que o médico só pode responder por faltas graves, indesculpáveis e de má-fé, quando houver manifesta vontade de causar prejuízo ao paciente.

O fundamento jurídico da responsabilidade médica paira na culpa, e seu limite é a previsibilidade do dano, que o fato não possa fugir à perspicácia comum. O profissional causa um dano por atuar sem o devido cuidado a que está normalmente obrigado a ter, e não o evita por achar que esse resultado não vai ocorrer (FRANÇA, 2007). São requisitos indispensáveis na caracterização desta responsabilidade:

- Agente habilitado legalmente para exercer a Medicina;
- Ato lícito, senão, tratar-se-á de infração delituosa mais grave (aborto, eutanásia);
- Culpa médica. É suficiente a mera vontade na conduta para caracterizá-la, independente da intencionalidade, pois a culpa, ainda que levíssima, impõe o dever de reparar;
- Dano real, efetivo e concreto; e
- Nexo de causalidade entre o resultado danoso e a conduta culposa do médico.

Caso o paciente venha a sofrer algum dano em razão da má atividade médica, poderá recorrer aos Conselhos Regionais e Federal de Medicina, órgãos profissionais responsáveis por aplicar penalidades aos médicos que cometerem infrações éticas. Também poderá pleitear, junto à Justiça comum, a indenização pelos danos sofridos e a condenação criminal do médico (CREMESP, 2006). A responsabilidade médica civil, penal e ética está apoiada na relação de subordinação entre o dano ao paciente e a conduta culposa de ação ou omissão do profissional. Deve restar demonstrado no processo que o comportamento do médico foi determinante para o prejuízo da vida ou saúde da pessoa sob seus cuidados.

Mas Santos (2003 *apud* COUTO FILHO, 2007) alerta:

Pedir contas ao médico de seu fracasso com um critério científico, como se lhe pede a um engenheiro que calculou mal a resistência de uma ponte, é disparate fundamental e é princípio totalmente inaceitável. Ao procurar um médico, o enfermo aceita a margem de possível erro que implica o exercício regular e científico da Medicina, posto que supunha, no médico eleito, aptidões para não errar tanto quanto os demais médicos.

Couto Filho (2007), complementando o pensamento acima descrito, dispõe que é importante o magistrado conceder indenização ao paciente quando ela couber. Mas, é igualmente necessário que condene a litigância de má-fé, opondo ao litigante infrator (paciente) a reparação dos prejuízos causados a parte ofendida (médico). Afora a implementação de ações criminais em favor do médico demandado injustamente.

4.1 Natureza da culpa médica

Nem todas as situações que envolvem o médico são passíveis de punição penal, sobretudo porque a prestação de serviço médico atravessa diversas etapas, quais sejam: formulação do diagnóstico, escolha da terapêutica e execução do tratamento. O procedimento culposos do médico se configurará quando ele agir com imprudência, imperícia ou negligência em quaisquer destas etapas. Nesta senda,

temos três tipos de erros: erro de diagnóstico, erro grosseiro e erro de tratamento (COUTINHO, 2006).

Na avaliação da culpa do médico, deve ficar clara a existência de dano real, sem o qual não há a responsabilidade profissional (FRANÇA, 2007).

4.1.1 Erro de diagnóstico

O diagnóstico consiste em identificar e especificar a doença do paciente, pois é a partir dele que se define qual o tratamento mais adequado. É neste momento que se informa ao paciente qual é a doença ou mal que lhe afeta, após buscar junto a este as informações necessárias (PACHECO, 1991).

O erro de diagnóstico pode ser decorrente tanto da incapacidade do médico em analisar os sintomas e especificar que patologia ataca o paciente, como pelo equívoco na diagnose. Será o médico responsável em ambas as hipóteses, ou por não ter tido precaução na escolha da solução, observando a anamnese³, ou por ao invés de optar por diagnóstico mais seguro, opta por outro (COUTINHO, 2006).

Não é propriamente o erro de diagnóstico que incumbe ao juiz examinar, mas sim se o médico teve culpa no modo pelo qual procedeu ao diagnóstico, se recorreu, ou não, a todos os meios a seu alcance para a investigação do mal, desde as preliminares conversas com o paciente até os exames laboratoriais, bem como se à doença diagnosticada foram aplicados os remédios e tratamentos indicados pela ciência e pela prática (PACHECO, 1991).

4.1.2 Erro grosseiro

Por ser uma tarefa incerta e conjetural, o erro no diagnóstico nem sempre gera responsabilização do profissional, para isso, deve haver uma falta grosseira.

³ Anamnese é o relato feito pelo paciente ou por alguém responsável por ele sobre antecedentes, detalhes e evolução de sua doença até o momento do exame médico. É a história progressiva da doença (COUTINHO, 2006).

Consoante Magalhães de Noronha (1957 *apud* COUTINHO, 2006), “os médicos podem ser responsabilizados pela falta grosseira, a grande negligência ou a ignorância crassa”.

Segundo Asúa (*apud* COUTINHO, 2006):

O erro grosseiro no diagnóstico pode ser a base da responsabilidade culposa – para que o erro possa assumir os caracteres de culpa punível, é necessário que seja crasso, é o decidir que dependa de falta de cuidado das normas comuns de semiologia, ou da falta de elementares conhecimentos de patologia e clínica.

4.1.3 Erro de tratamento

O tratamento, fase posterior ao diagnóstico, é o soma dos meios utilizados para conservar a vida, aliviar a dor e melhorar a saúde. Por exemplo, será erro de tratamento não só o erro na execução de uma cirurgia, mas também o descuido com elementos secundários que possam causar prejuízo - problema de infecção hospitalar, provocada pela falta de higiene e descuido na utilização dos equipamentos (PACHECO, 1991).

O pós-operatório é tão importante quanto o ato cirúrgico na aferição da responsabilidade do médico por fatos danosos. Deve haver um acompanhamento da evolução do paciente e supervisão de seu quadro clínico (COUTINHO, 2006).

Conforme Pacheco (1991), os erros de tratamento são classificados em: *de indicação*, quando é contra os princípios farmacológicos, recomendações clínicas e cirúrgicas atualmente utilizadas; *de dosagem*, aplicação de medicamento ou medida cirúrgica diferente do recomendado pela ciência; *de suspensão*, quando há a interrupção de um tratamento certo; *de persistência*, quando se dá continuidade a um tratamento ou medida que estava sendo nociva ao paciente.

4.2 Responsabilidade ética

O conceito de ética modificou-se ao longo do tempo, acompanhando as mudanças ocorridas na humanidade. O médico era um ponto de apoio da família para a qual clinicava, entretanto essa relação médico-paciente tem sofrido um desgaste.

4.2.1 Processo ético-disciplinar nos Conselhos de Medicina

Os Conselhos de Medicina são autarquias federais, pois exercem atividade que, em princípio, seria do Estado. Destarte, a Lei nº. 3.268/57, que os instituiu, define-os como autarquias dotadas de autonomia administrativa e financeira, gozando de personalidade jurídica de direito público. Cabe a eles apurar com imparcialidade e severidade necessárias quaisquer condutas médicas que infrinjam as regras éticas pré-estabelecidas no Código de Ética Médica. Quando essas condutas ultrapassarem a ética e ingressarem no âmbito da ilicitude, deve o Estado ser acionado para controlá-las e repreendê-las (MENDES, 2006).

Se um médico incorrer em infração ética, o processo ético-disciplinar terá início no Conselho Regional de Medicina em que estiver registrado o profissional, após denúncia da Comissão Ética, da Delegacia Regional, de qualquer pessoa ou, excepcionalmente, *ex officio*, pelo Presidente do Conselho Regional de Medicina (CRM), ante um fato grave, público e evidente (GIFONI, 2007).

A punibilidade por falta ética prescreve em cinco anos a partir do conhecimento do fato pelo CRM. Podem ser causas de interrupção do prazo prescricional: conhecimento expresso ou a citação do denunciado, inclusive se for citação por edital; apresentação de defesa prévia; decisão condenatória recorrível; ou qualquer ato inequívoco que importe em apuração dos fatos (GIFONI, 2007).

A *Sindicância* tem início com a apresentação da denúncia, que consiste em uma fase preliminar de apuração, na qual são feitas a investigação dos fatos denunciados e a coleta de provas. O Presidente do CRM ou o Corregedor nomeará um Sindicante, dentre os conselheiros do Conselho de Medicina, que fará um relatório dos fatos e uma conclusão sobre a existência ou não de indícios de infração

ética, no prazo de 30 dias, prorrogáveis a critério do Presidente ou Corregedor (GIFONI, 2007).

O procedimento de sindicância também pode ser instaurada pelo próprio CRM, mesmo sem a proposição de denúncia, quando este órgão tomar conhecimento, por qualquer meio, de infração ética praticada por algum médico. Pode, ainda, ser iniciada mediante informação prestada ao Conselho pela Comissão de Ética Médica, Delegacia Regional ou Representação que tiver ciência do fato com supostos indícios de infração ética (CREMESP, 2006).

A sindicância, que é gerida pelas Câmaras de Sindicância dos Conselhos Regionais, pode resultar em (GIFONI, 2007):

- a. *Arquivamento da denúncia*, caso se conclua pela inexistência de indícios do cometimento de infração ética por parte do médico. Da decisão que determinar o arquivamento cabe recurso, no prazo de 30 (trinta) dias, para as Câmaras de Sindicância do Conselho Federal de Medicina (CFM);
- b. *Homologação de acordo entre denunciante e denunciado*;
- c. *Baixa em diligências*; e
- d. *Instauração de Processo Ético-Profissional (PEP)*, caso sejam constatados indícios de infração ética.

O PEP é intentado após apreciação da sindicância pela Câmara de Sindicâncias ou pelo Plenário do Conselho de Medicina. Decidida a instauração do PEP, será nomeado um Conselheiro Instrutor, que terá o prazo de sessenta dias para instruir devidamente o processo, buscar e analisar as provas. Através de requerimento motivado do Conselheiro Instrutor, este prazo poderá ser prorrogado, quantas vezes forem necessárias, a critério do Presidente do CRM ou do Corregedor. Iniciado o processo, não poderá haver arquivamento por desistência das partes, só advindo a extinção do feito sem julgamento em caso de morte do denunciado (GIFONI, 2007).

Fica a cargo do Conselheiro Instrutor promover a citação do denunciado, informando-lhe os fatos geradores da infração ética e sua capitulação. É concedido

ao denunciado, trinta dias para apresentar defesa prévia, contados da data de juntada do aviso de recebimento (A.R.), e este tem o direito de vista dos autos na Secretária do Conselho, ou pode lhe ser fornecido cópia integral dos autos. Se o médico não for encontrado, ou, se declarado revel, cabe ao Presidente do CRM ou ao Corregedor designar defensor (GIFONI, 2007).

Na fase de audiência, as partes serão ouvidas, bem como as testemunhas arroladas, até o máximo de cinco para cada. Os depoimentos serão reduzidos a termo e assinados por todos os presentes (CREMESP, 2006).

Finalizada a instrução, denunciante e denunciado, respeitada esta ordem, disporão de um prazo de quinze dias para oferecer as Razões Finais. Em seguida, o Conselheiro Instrutor proferirá relatório circunstanciado sem julgamento de mérito, que será encaminhado ao Presidente do Conselho ou Corregedor. Este terá prazo de dez dias para designar os Conselheiros Relato e Revisor, cujos relatórios deverão ser entregues no prazo de sessenta e trinta dias, respectivamente (GIFONI, 2007).

Após a apuração, ocorre o julgamento, realizado pelas Câmaras de Julgamento, formadas por médicos conselheiros dos Conselhos de Medicina, que decidirão pela inocência ou culpa do médico. Aberta a sessão, proceder-se-á a leitura das exposições dos Conselheiros Relator e Revisor, sem qualquer manifestação de voto, e será dada a palavra ao denunciante e ao denunciado para sustentação oral (GIFONI, 2007).

Os Conselheiros julgadores não poderão abster-se do voto, que será proferido oralmente quanto às preliminares, apenação e capitulação. Se o médico denunciado for declarado culpado, receberá uma das cinco penas disciplinares aplicáveis, previstas na Lei nº. 3.268/57, pela ordem de gravidade (CREMESP, 2006):

- a. *Advertência confidencial em aviso reservado* – punição exclusivamente moral, pela qual o Conselho de Medicina adverte o médico da infração ética por ele cometida;

- b. *Censura confidencial em aviso reservado* – similar a advertência, trata-se de punição exclusivamente moral, pela qual o Conselho de Medicina adverte mais seriamente o médico;
- c. *Censura pública em publicação oficial* – punição que visa tornar pública, mediante sua publicação nos Diários Oficiais dos Estados ou da União, a infração ética cometida pelo médico;
- d. *Suspensão do exercício profissional em até 30 dias* – o CRM impede o médico de exercer sua profissão por até 30 dias; e
- e. *Cassação do exercício profissional ad referendum* do CFM – o Conselho de Medicina cassa o registro profissional do médico, impedindo-o de exercer a medicina.

Especificamente, quanto ao Conselho Regional de Medicina do Ceará (CREMEC), conforme divulgação oficial da entidade, foram julgados trinta processos ético-disciplinares, no período de janeiro a dezembro de 2006, e apenas metade deles resultaram em algum tipo de condenação:

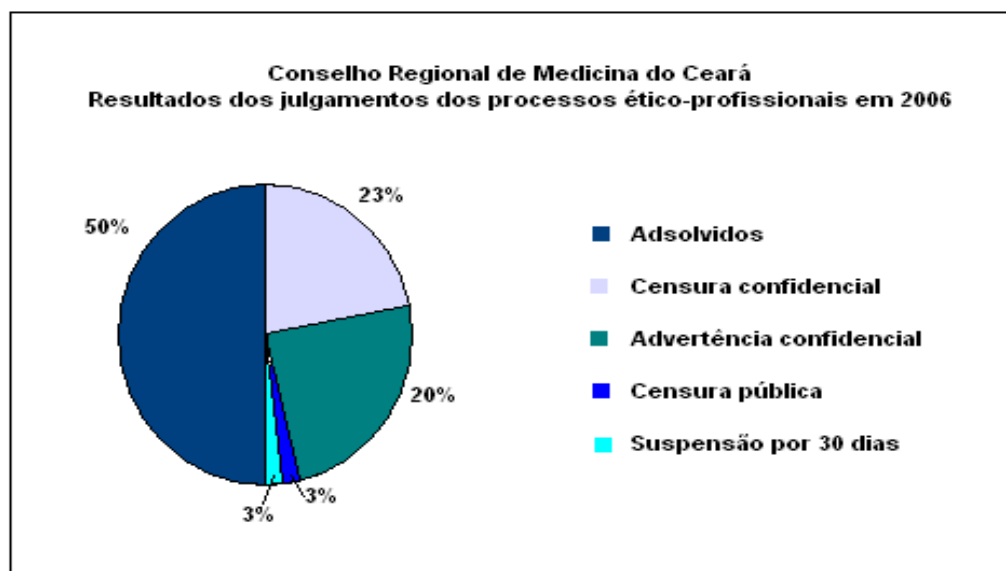


Gráfico 1 – Resultado dos PEP's no CREMEC

Fonte: adaptado de Gifoni (2007)

É garantido o sigilo processual e nenhum médico pode ser considerado culpado até transitada em julgado a penalidade aplicada. Da mesma forma, o acusado tem amplo direito de defesa e de contraditório.

Segundo dados do Conselho Federal de Medicina, o gráfico abaixo mostra os Estados que mais tiveram processos ético-disciplinares em meados de 1999:

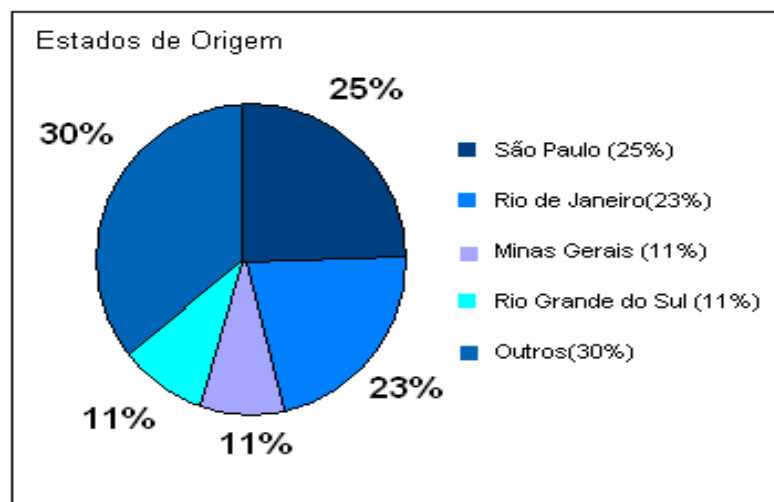


Gráfico 2 – Estados de origem dos processos disciplinares

Fonte: adaptado de Gomes (2001)

É cabível recurso, no prazo de trinta dias, contra decisão do Conselho Regional de Medicina que, de acordo com o caso, ou é dirigido ao Pleno do próprio CRM, ou ao Conselho Federal de Medicina. Dependendo de como tiver sido a decisão, o recurso deverá ser dirigido a um órgão distinto. Desse modo (CREMESP, 2006):

- a. Recursos contra decisões tomadas por maioria de votos pelas Câmaras do Conselho Regional de Medicina devem ser encaminhados ao Pleno do Conselho Regional de Medicina;
- b. Recursos contra decisões unânimes das Câmaras do Conselho Regional de Medicina e contra decisões, unânimes ou por maioria de votos, do Pleno do Conselho Regional de Medicina devem ser encaminhados às Câmaras do Conselho Federal de Medicina;
- c. Recursos contra decisões de cassação do exercício profissional proferidas pelo Conselho Regional de Medicina devem ser encaminhados ao Pleno do Conselho Federal de Medicina.

Os Conselhos julgam apenas a conduta moral do médico e não a existência de dano ou lesão de direitos. Por isso, uma condenação advinda deles pode ser apreciada e modificada pela justiça comum, pelo disposto no artigo 5º, inciso XXXV, da CF/88, que diz “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”. Além disso, não há necessidade de esgotamento de apreciação administrativa para que o interessado (verificar interesse de agir) acesse a via judiciária.

Inicialmente, as decisões tomadas pelos Conselhos Regionais e Federal de Medicina são intocáveis quanto ao mérito, mas podem ser anuladas se houver a comprovação de vícios ou falhas no julgamento, conforme os artigos 54 e 55 do Código de Processo Ético-profissional, Resolução CFM nº. 1.617/01.

O Estatuto dos Conselhos de Medicina adaptou para o processo ético-profissional um instituto próprio do Direito Penal, a reabilitação. Decorridos cinco anos do cumprimento da pena e na ausência de outra punição ético-disciplinar, pode o médico requerê-la junto ao CRM que está inscrito. Assim, serão retiradas os apontamentos referentes a sua condenação do seu prontuário. Somente aqueles que forem punidos com a cassação do exercício profissional não poderão requerer a reabilitação (GOMES, 2001).

4.3 Responsabilidade penal

O médico responde penalmente quando produz um dano a seu paciente, a não ser que fique provada a inexistência de sua culpabilidade, ficando a cargo da acusação o ônus de provar a conduta criminosa. A justiça penal brasileira tem tratado o erro médico como exercício culposo de uma atividade. Considera-se o crime culposo quando o agente der causa por *imperícia, imprudência ou negligência*. Na lei penal, somente a pessoa física (médico) responde, não cabe processo contra hospital ou outra pessoa jurídica (MENDES, 2006). Caso a conduta médica seja caracterizada como crime, o profissional arcará com uma pena que pode variar entre a simples imposição de multa até a privação da liberdade.

Segundo Gifoni (2007), não é possível a condenação por presunção de culpa. Na apuração da responsabilidade penal da equipe médica, é imprescindível a avaliação individual de cada conduta, a fim de verificar a ocorrência de erro e quem efetivamente concorreu para sua produção.

A má prática pode causar, na maioria das vezes, uma lesão à saúde ou à integridade física do paciente, ou ainda sua morte. Conforme a lesão corporal, provocada, a conduta do médico poderá ser tipificada como homicídio ou lesão corporal, artigos 121 e 129 do Código Penal, respectivamente (CREMESP, 2006).

No homicídio culposo, há a eliminação da vida de uma pessoa, devido à conduta de outrem, podendo ser praticado por ação ou omissão, nesta última, se faz imperativo que o agente tenha o dever jurídico de impedir a morte da vítima. É crime de ação penal pública incondicionada. Já na lesão corporal, ofensa à integridade corporal ou à saúde de outrem (art. 129, CP), em regra, a ação é penal pública incondicionada, mas na lesão corporal dolosa leve e na culposa, a ação penal dependerá da manifestação de vontade da vítima (MENDES, 2006).

As provas, nestes delitos, consistirão no exame de corpo de delito, na coleta de declarações do acusado, na oitiva de testemunhas e em prova documental. Esta consistirá na apresentação de documentos feitos pelo médico no período de atendimento (anamnese, prontuário), receituários, documentos escritos por médicos assistentes, enfermeiros anotações da sala de cirurgia (de acordo com o caso) e perícias (MARTINS, 1998).

A falta da perícia médica acarretará em nulidade do processo, de acordo com o artigo 564, III, “b”, CP: “a nulidade ocorrerá nos seguintes casos: [...] III – por falta das fórmulas ou dos termos seguintes: [...] b) o exame de corpo de delito nos crimes que deixam vestígios, ressalvando o disposto no artigo 167” (MENDES, 2006).

Com o advento da Lei nº. 9.099/95, assegurou-se a possibilidade de *composição*, o profissional da saúde poderá pagar os danos havidos ou o valor que ficar acordado com a vítima; da *transação penal*, o que acarreta pena restritiva de

direitos e multa; ou a *suspensão processual*, que suspende os atos da demanda, mediante o cumprimento de condições preestabelecidas, as quais, se cumpridas, implicarão na declaração de extinção da punibilidade e do processo. Essas sanções alternativas podem tomar o lugar das penas privativas de liberdade, quando o profissional cometer infrações penais de menor potencial ofensivo, cuja pena máxima dada pela lei não seja superior a dois anos, cumulada ou não com multa (GIFONI, 2007).

Havendo condenação do médico por sentença condenatória transitada em julgado, pode a vítima ou seus familiares entrar com pedido de indenização para reparação do dano na justiça civil, como dispõe o artigo 91, inciso I, Código de Processo Penal (CPP). Discutir-se-á, na esfera civil, só o montante da indenização devida e não mais se o médico é culpado ou não (GIFONI, 2007).

A absolvição na justiça criminal não significa simultaneamente absolvição civil, artigo 935 do Código Civil (CC), *in verbis*:

Art. 935. A responsabilidade civil é independente da criminal, não se podendo questionar mais sobre a existência do fato, ou sobre quem seja o seu autor, quando estas questões se acharem decididas no juízo criminal.

Guarda o mesmo entendimento o artigo 66 do CPP:

Art. 66. Não obstante a sentença absolutória no juízo criminal, a ação civil poderá ser proposta quando não tiver sido, categoricamente, reconhecida a inexistência material do fato.

4.4 Responsabilidade civil

A responsabilidade civil no erro médico é subjetiva, pois é indispensável a prova inequívoca de que houve culpa na conduta do médico, caracterizada pela simples ocorrência de dano causado por imperícia, imprudência ou negligência, para que haja a obrigação de indenizar. Visa-se recompor, de alguma forma, os danos

sofridos pelo paciente, o que normalmente se dá mediante o pagamento em dinheiro (MENDES, 2006).

A responsabilidade civil está contemplada no Código Civil em seu artigo 927, *caput*, *in verbis*:

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

Em regra, a relação entre médico e paciente é um contrato de prestação de serviços, carreando na responsabilidade contratual. Será, excepcionalmente, extracontratual, por exemplo, quando “o médico atende o doente em estado de impossibilidade de autodeterminação”. Há dois tipos de obrigações resultantes responsabilidade contratual, quais sejam: de *meio* e de *resultado* (MENDES, 2006).

Na obrigação de resultado, o devedor assume a obrigação de obter um resultado certo e determinado, sem o qual haverá inadimplemento. Já na obrigação de meio, o devedor apenas se obriga a se utilizar da sua habilidade, técnica, prudência e diligência para atingir um resultado, sem, contudo, se comprometer a obtê-lo (COUTO FILHO, 2007).

No campo probatório, na obrigação de resultado, basta ao lesado demonstrar, além da existência do contrato, a não-obtenção do resultado prometido. Isso é suficiente para caracterizar o inadimplemento contratual. Para exonerar-se, o devedor há de provar a ocorrência de caso fortuito ou força maior. Na obrigação de meio, cumpre ao lesado provar a conduta ilícita do obrigado, ou seja, que o médico descumpriu com a sua obrigação de atenção e diligência, estabelecida no contrato (GIFONI, 2007).

Averba Kfoury Neto (2002 *apud* COUTO FILHO, 2007):

Portanto, na obrigação de meio o credor (o paciente) deve provar que o devedor (o médico) não teve o grau de diligência dele exigível; ao contrário, na obrigação de resultado, essa prova incumbe ao médico, visto recair sobre ele uma presunção de culpa, que poderá ser elidida, mediante demonstração da existência de causa diversa.

Segundo Gifoni (2007), a responsabilidade civil do médico resulta do descumprimento da obrigação de meio. Entretanto, pode ela também decorrer de obrigação de resultado, como, por exemplo, nas cirurgias estéticas, no caso em que o médico se compromete a efetuar uma transfusão de sangue ou a realizar determinada visita.

Com o advento do Código de Defesa do Consumidor (CDC), Lei nº. 8.079/90, a responsabilidade civil do profissional médico estabelece-se da seguinte forma:

- O médico, como profissional liberal, tem responsabilidade subjetiva (depende da verificação de culpa do agente) decorrente da sua prestação direta e pessoal;
- Com a prestação de serviços médicos por hospitais, clínicas, planos de saúde e laboratórios, se têm a responsabilidade objetiva (o dever de reparar independe de culpa, há a presunção absoluta).

A responsabilidade objetiva está inserta no artigo 927, parágrafo único, do Código Civil, *in verbis*:

Art. 927. 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.

Em função da solidariedade proveniente do Código de Defesa do Consumidor, o paciente pode responsabilizar, em conjunto ou separadamente, pelos danos que sofreu, os médicos que lhe prestaram os serviços, o hospital e a empresa de plano de saúde da qual é conveniado, sendo o litisconsórcio passivo apenas facultativo e restando intacto o posterior exercício do direito de regresso (MENDES, 2006).

O paciente pode experimentar danos materiais, morais ou estéticos em virtude da comprovado erro médico. Há dano material quando houver perda

patrimonial, tais como gastos médico-hospitalares, custo de medicamentos, despesas com dependentes. Conforme o caso, o dano material pode ser composto pelos chamados danos emergentes (efetiva perda de patrimônio) e pelos lucros cessantes (o que a vítima deixou de ganhar em função do evento danoso) (CREMESP, 2006).

Ensina Santos (2003 *apud* COUTO FILHO, 2007) sobre o dano médico material:

O serviço médico de que estamos tratando tem o ser humano como o beneficiário da atividade. O descumprimento da obrigação atinge o homem em seus aspectos físico e psíquico. Assim, é comum que exsurjam a morte e lesões corporais oriundas da atividade do profissional da área médica. Tratando de lesão corporal, há de ser considerado que o dano pode causar perdas de ganhos, se a vítima trabalhava, por exemplo, e em razão de manobras médicas deixou de ganhar. Nesta hipótese, o prejuízo é material e a indenização se dá a título patrimonial.

O pedido de indenização por dano material tem por objetivo único a recomposição do prejuízo patrimonial sofrido, por isso, o *quantum* indenizatório, mesmo quando houver conduta dolosa, não pode ultrapassar o valor do prejuízo causado (GIFONI, 2007).

O dano moral consiste na dor mental, angústia, aflição física ou espiritual em razão do evento danoso. Comumente deriva da ofensa aos direitos da personalidade, e pode ser agrupado em três categorias: direito à integridade moral; direito à integridade intelectual; e direito à integridade física (COUTO FILHO, 2007). O *quantum* indenizatório deve ser fixado ao arbítrio prudente do juiz.

De acordo com Santos (2003 *apud* COUTO FILHO, 2007): “o que determina o dano moral indenizável é a consequência, o resultado que o ato dimana. Não é o dano em si que dirá se ele é ressarcível, mas os efeitos que o dano provoca”.

O dano estético, segundo Couto Filho (2007), “é o prejuízo psicológico-social à forma corporal socialmente aceita que provoca desgosto, humilhação,

vergonha ou enfeioamento”. Ele é uma das espécies de dano moral. O dano estético é passível de apreciação na seara penal, se a deformidade deixada for irreparável ou ridicularizante.

4.5 Prevenção do erro médico

Atitudes podem ser tomadas a fim de criar condições e mecanismos aptos a diminuir a incidência do erro médico. Gomes (2001) dá algumas sugestões para prevenir, ou até mesmo evitar, o erro médico, quais sejam: *compromisso do médico, participação da sociedade, melhoria da relação médico-paciente, revisão do aparelho formador, melhoria nas condições de trabalho, constante atualização e fiscalização do exercício profissional.*

O médico não pode se ater somente à prática e normas técnicas dentro da *lex artis*, ele precisa atuar na melhoria da saúde e na busca da cidadania pela coletividade. A sociedade, por sua vez, deve entender os fatores que contribuem para o aparecimento do erro médico, e atuar na cobrança de uma política de prevenção e esclarecimento do mau resultado (GOMES, 2001). Uma boa relação entre médico e paciente, baseada na confiança e no esclarecimento do ato médico, pode tanto ajudar na diagnose correta, como pode evitar o ajuizamento de ações baseadas somente na relação tumultuada entre assistente e assistido.

A formação acadêmica também muito contribui para prevenção do erro médico. As péssimas condições de ensino e de aprendizagem, o salários ruins dos professores, a falta de recursos para pesquisa e extensão e a falta de condicionamento dos estudantes a uma conduta ética jogam, ao final da faculdade, profissionais inaptos a exercer a medicina segundo a *lex artis*. Além disso, a revisão sobre a qualidade das escolas médicas e da implementação de políticas de melhoria, normalmente, dão lugar a decisões açodadas e irresponsáveis, que autorizam a criação de novas escolas médicas, muitas vezes sem a menor estrutura (GOMES, 2001).

A constante atualização dos médicos também contribui na prevenção, uma vez que o mesmo está adquirindo conhecimentos técnicos e teóricos, e aprendendo sobre novos procedimentos, tratamentos e sintomatologia de doenças, pois a Medicina é uma atividade em permanente mutação, surgindo tanto novas doenças como novas curas (GOMES, 2001).

Segundo o CEM, artigo 4º, se tem: “ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão”. Do preâmbulo do CEM, também verificamos que cabe aos Conselhos Regionais e Federal de Medicina fiscalizar o atuar médico e o cumprimento das normas éticas estabelecidas naquele código.

Dentro dessa ótica, Lopes Neto (1996 *apud* COUTINHO, 2006) dá indicações de como os médicos podem se precaver contra processos judiciais e ético-profissionais:

- Fazer contratos escritos com os seus clientes;
- Aplicar técnicas que domine e que sejam aceitas pela comunidade científica;
- Manter-se atualizado com as novas técnicas;
- Manter um arquivo com os documentos importantes, prontuários completos e escritos de forma clara;
- Atuar com todas as precauções desde a produção do diagnóstico, tratamentos e operações;
- Proceder sempre com o consentimento esclarecido do paciente;
- Pedir os exames compatíveis, respeitar o paciente e evitar condutas de desrespeito ou má vontade durante o exercício profissional; e
- Não divulgar fatos relacionados aos pacientes;

5 CONCLUSÃO

O erro é inerente da conduta humana, e não estão os médicos excluídos desse fardo. Entretanto, por lidar com bens supremos do indivíduo, a vida e a saúde, as conseqüências de um erro médico trazem maiores repercussões a quem o suporta, pois há ainda um sentimento de que o médico é infalível.

Preocupou-se em diferenciar o erro médico do resultado adverso, da complicação e da má prática médica. Estes conceitos são importantes para se auferir a responsabilidade médica, de ordem cível, penal e administrativa, visto que é necessário se verificar a medida da culpabilidade da conduta do médico.

Na seara cível, poder-se-á requerer indenização por danos morais e materiais, uma vez que, na maioria dos casos, o médico está responsabilizado contratualmente, através de uma obrigação de meio. Já no âmbito criminal, poder-se-á argüir o cometimento do erro médico por imperícia, imprudência e negligência.

Em ambas as esferas, há a necessidade de comprovação, em geral pelo paciente, do erro médico, de que o agente agiu com culpa e que há um nexo de causalidade entre o dano e a conduta do médico.

As apreciações judiciais de possíveis erros médicos devem sempre estar embasadas por pareceres técnicos e multidisciplinares daqueles que conhecem de forma aprofundada a ciência médica. De tal modo que o operador de direito possa valer-se dos fundamentos técnico-científicos para melhor aplicação da lei ao caso concreto.

Além das conseqüências de ordem cível e penal na Justiça comum, o médico se deparará com um processo (administrativo) ético-disciplinar de competência dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina, que trará claros reflexos à sua vida profissional. Em alguns casos, poderá ter sua licença médica cassada.

Presencia-se, atualmente, que o número de demandas contra médicos vem crescendo bastante, principalmente àquelas envolvendo o suposto ou real erro médico. Isto se deve tanto ao enfraquecimento da relação médico-paciente, quanto à maior conscientização das pessoas no que concerne aos seus direitos, como pelo constante assédio da mídia (sensacionalista) cobrando uma punição muitas vezes baseada em denúncias infundadas.

O médico, para se resguardar de processos por erros médicos, deve documentar-se adequadamente, arquivar e preencher de maneira correta o prontuário, atuar com diligência e cuidado nos procedimentos e sempre manter o paciente informado sobre o seu diagnóstico e o seu prognóstico, de maneira clara e ética, sem qualquer divulgação prejudicial. Tomar medidas de prevenção ainda é o melhor caminho para evitar o erro médico e conseqüentes processos.

Neste ímpeto, este trabalho procurou sedimentar os conceitos relacionados ao Erro Médico, evidenciando suas modalidades e estabelecendo as diversas searas a que o médico pode ser submetido, para apuração de culpa por dano ou lesão causada a seus pacientes, em decorrência do exercício profissional.

REFERÊNCIAS

ANDRADE JR., Marcos de Almeida Magalhães. **Direito e Medicina – aspectos jurídicos da medicina**. Belo Horizonte: Del Rey, 2000. p. 23.

BARROS JR., Edmilson de Almeida. **A responsabilidade civil do médico: uma abordagem constitucional**. São Paulo: Atlas, 2007.

_____. A inconstitucionalidade da pena de cassação do exercício profissional do médico. **Revista do Instituto dos Magistrados do Ceará**, Ano 9, n. 18, p. 107-122, jul - dez., 2005.

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

_____. **Código Civil**. Lei nº. 10.406/2002. Brasília: Senado, 2002.

_____. **Código de Defesa do Consumidor**. Lei nº. 8.078/1990. Brasília: Senado, 1990.

_____. **Código Penal**. Decreto-lei nº. 2.848/1940. Brasília: Senado, 1940.

_____. **Código de Processo Penal**. Decreto-lei nº. 3.689/1941. Brasília: Senado, 1941.

_____. **Lei nº. 3.268/57** - Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Brasília: Senado, 1957.

_____. **Resolução CFM nº. 1.246/88** – Código de Ética Médica. Brasília: Conselho Federal de Medicina – CFM, 1988.

_____. **Resolução CFM nº. 1.617/01** – Código de Processo Ético-Profissional dos Conselhos de Medicina do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina – CFM, 2001.

CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal: parte geral**. v.1. 6. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2003. p. 173-186.

COUTINHO, Luiz Augusto. **Responsabilidade penal do médico**. Curitiba: Juruá, 2006.

COUTO FILHO, Antonio Ferreira. **Instituições de direito médico**. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

FERRAZ, Edmundo Machado; NOGUEIRA, Roberto Wanderley. Erro médico, complicação e prática não-médica – por uma classificação da responsabilidade do profissional de saúde. **RT**, Ano 94, v. 835, p. 33-58, mai.,2005.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Básico**. 5. ed. São Paulo: Nova Fronteira, 2001.

FICO, Gustavo. **Erro Médico**: esqueceram régua de 33 cm dentro do doente!. 2006.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito médico**. 9. ed. atual. São Paulo: Forense, 2007. Cap. 10. 706p.

_____. **Medicina legal**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 484-506.

_____. **A perícia do erro médico**. In: BRASIL FORENSE 2000. Recife, 2000. Disponível em: <www.pbnet.com.br/openline/gvfranca/artigo10.htm>. Acesso em: 10 de setembro de 2007.

GIFONI, José Mauro Mendes; MATOS, Francisco de Assis Sampaio; MAIA, Paulo Eduardo Gifoni. **Da responsabilidade por erro médico**: aspectos éticos, cíveis e penais. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora Ltda., 2007.

GOMES, Júlio Cezar Meirelles; DRUMOND, José Geraldo de Freitas; FRANÇA, Genival Veloso de. **Erro médico**. 3. ed.rev.atual. Montes Claros: Unimontes, 2001.

KOOGAN/HOUAISS. **Enciclopédia e dicionário ilustrado**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1994. p. 322.

JESUS, Damásio E. de. Imputação Objetiva. **Revista do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária**. vol. 1, n. 15, p. 21-27, Brasília, 2001.

MARTIN, Leonard Michael. **O erro médico e a má prática nos códigos brasileiros de ética médica**. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/ind2v2.htm>>. Acesso em: 15 de setembro de 2007.

MARTINS, Jorge Henrique Schaefer. A responsabilidade penal por erro médico. **Revista Jurídica da FURB**, Blumenau, n. 3, p. 51-64, jun. 1998.

MEIRA, Clóvis. **Temas de Ética médica e medicina legal**. Belém: Cejup, 1989. p. 109.

MENDES, Nelson Figueiredo. **Responsabilidade ética, civil e penal**. São Paulo: Savier, 2006.

MIRABETE, Júlio Frabbrini. **Manual de direito penal**. 20. ed. São Paulo: Atlas, 2003. p. 102-198.

NORONHA, E. Magalhães. **Direito penal**. 36. ed. rev., v. 1. São Paulo: Saraiva, 2001. p. 96-149.

PACHECO, Newton. **O erro médico: responsabilidade penal**. Porto Alegre: Livraria do advogado, 1991.

SÃO PAULO. Conselho Regional de Medicina de São Paulo – CREMESP. **Guia sobre o erro médico.** São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/procon/cartilhas/2007/20070528/guia%20sobre%20erro%20E9dico%20-%20ldec.pdf>>. Acesso em: 29 de outubro de 2007.

SCHREIBER, Simone. **Reflexões acerca da responsabilidade penal do médico.** Jus Navigandi, Teresina, ano 9, n. 801, 12 set. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7271>>.

ANEXOS

Anexo I

Código de Ética Médica

Resolução CFM nº. 1.246, de 8 de janeiro de 1988.

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 1988. Seção 1, p. 1574-7.

Capítulo I - Princípios Fundamentais

Art. 1º - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 3º - A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ser boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

Art. 4º - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.

Art. 5º - O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Art. 6º - O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano, ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

Art. 7º - O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.

Art. 8º - O médico não pode, em qualquer circunstância, ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

Art. 9º - A Medicina não pode, em qualquer circunstância, ou de qualquer forma, ser exercida como comércio.

Art. 10 - O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivo de lucro, finalidade política ou religiosa.

Art. 11 - O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O Mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

Art. 12 - O médico deve buscar a melhor adequação do trabalho ao ser humano e a eliminação ou controle dos riscos inerentes ao trabalho.

Art. 13 - O médico deve denunciar às autoridades competentes quaisquer formas de poluição ou deterioração do meio ambiente, prejudiciais à saúde e à vida.

Art. 14 - O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

Art. 15 - Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico.

Art. 16 - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital, ou instituição pública, ou privada poderá limitar a escolha, por parte do médico, dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

Art. 17 - O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 18 - As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

Art. 19 - O médico deve ter, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

Capítulo II - Direitos do Médico

É direito do médico:

Art. 20 - Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, cor opção sexual, idade, condição social, opinião política, ou de qualquer outra natureza.

Art. 21 - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

Art. 22 - Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art. 23 - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente.

Art. 24 - Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 25 - Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição.

Art. 26 - Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

Art. 27 - Dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente.

Art. 28 - Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Capítulo III - Responsabilidade Profissional

É vedado ao médico:

Art. 29 - Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 30 - Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 31 - Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 32 - Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 33 - Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou efetivamente.

Art. 34 - Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 35 - Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 36 - Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.

Art. 37 - Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.

Art. 38 - Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina, ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos.

Art. 39 - Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 40 - Deixar de esclarecer o trabalhador sobre condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos responsáveis, às autoridades e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 41 - Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 42 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.

Art. 43 - Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.

Art. 44 - Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Art. 45 - Deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações, no prazo determinado.

Capítulo IV - Direitos Humanos

É vedado ao médico:

Art. 46 - Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida.

Art. 47 - Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 48 - Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.

Art. 49 - Participar da prática de tortura ou de outras formas de procedimento degradantes, desumanas ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento.

Art. 50 - Fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que facilitem a prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanas ou cruéis, em relação à pessoa.

Art. 51 - Alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em greve de fome que for considerada capaz, física e mentalmente, de fazer juízo perfeito das possíveis conseqüências de sua atitude. Em tais casos, deve o médico fazê-la ciente das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de perigo de vida iminente, tratá-la.

Art. 52 - Usar qualquer processo que possa alterar a personalidade ou a consciência da pessoa, com a finalidade de diminuir sua resistência física ou mental em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 53 - Desrespeitar o interesse e a integridade de paciente, ao exercer a profissão em qualquer instituição na qual o mesmo esteja recolhido independentemente da própria vontade.

Parágrafo Único. Ocorrendo quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou psíquica dos pacientes a ele confiados, o médico está obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 54 - Fornecer meio, instrumento, substância, conhecimentos ou participar, de qualquer maneira, na execução de pena de morte.

Art. 55 - Usar da profissão para corromper os costumes, cometer ou favorecer crime.

Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares

É vedado ao médico:

Art. 56 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

Art. 57 - Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Art. 58 - Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 59 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Art. 60 - Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, ou complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 61 - Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º - Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º - Salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou a seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico.

Art. 62 - Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento.

Art. 63 - Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 64 - Opor-se à realização de conferência médica solicitada pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 65 - Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico/paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política.

Art. 66 - Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.

Art. 67 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre o método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.

Art. 68 - Praticar fecundação artificial sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o procedimento.

Art. 69 - Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.

Art. 70 - Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

Art. 71 - Deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento, ou na alta, se solicitado.

Capítulo VI - Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos

É vedado ao médico:

Art. 72 - Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspensão dos meios artificiais de prolongamento da vida de possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Art. 73 - Deixar, em caso de transplante, de explicar ao doador ou seu responsável legal, e ao receptor, ou seu responsável legal, em termos compreensíveis, os riscos de exames, cirurgias ou outros procedimentos.

Art. 74 - Retirar órgão de doador vivo, quando interdito ou incapaz, mesmo com autorização de seu responsável legal.

Art. 75 - Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou tecidos humanos.

Capítulo VII - Relações Entre Médicos

É vedado ao médico:

Art. 76 - Servir-se de sua posição hierárquica para impedir, por motivo econômico, político, ideológico ou qualquer outro, que médico utilize as instalações e demais recursos da instituição sob sua direção, particularmente quando se trate da única existente no local.

Art. 77 - Assumir emprego, cargo ou função, sucedendo a médico demitido ou afastado em represália a atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art. 78 - Posicionar-se contrariamente a movimentos legítimos da categoria médica, com a finalidade de obter vantagens.

Art. 79 - Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Art. 80 - Praticar concorrência desleal com outro médico.

Art. 81 - Alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Art. 82 - Deixar de encaminhar de volta ao médico assistente o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado, devendo, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que se responsabilizou pelo paciente.

Art. 83 - Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico do paciente, desde que autorizado por este ou seu responsável legal.

Art. 84 - Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade, ao ser substituído no final do turno de trabalho.

Art. 85 - Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Capítulo VIII - Remuneração Profissional

É vedado ao médico:

Art. 86 - Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive de convênios.

Art. 87 - Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados.

Art. 88 - Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários.

Art. 89 - Deixar de se conduzir com moderação na fixação de seus honorários, devendo considerar as limitações econômicas do paciente, as circunstâncias do atendimento e a prática local.

Art. 90 - Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo provável dos procedimentos propostos, quando solicitado.

Art. 91 - Firmar qualquer contrato de assistência médica que subordine os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 92 - Explorar o trabalho médico como proprietário, sócio ou dirigente de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos, bem como auferir lucro sobre o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe.

Art. 93 - Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente que tenha atendido em virtude de sua função em instituições públicas.

Art. 94 - Utilizar-se de instituições públicas para execução de procedimentos médicos em pacientes de sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

Art. 95 - Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos; ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Art. 96 - Reduzir, quando em função de direção ou chefia, a remuneração devida ao médico, utilizando-se de descontos a título de taxa de administração ou quaisquer outros artifícios.

Art. 97 - Reter, a qualquer pretexto, remuneração de médicos e outros profissionais.

Art. 98 - Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, laboratório farmacêutico, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produto de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando se tratar de exercício da Medicina do Trabalho.

Art. 99 - Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra da influência direta em virtude da sua atividade profissional.

Art. 100 - Deixar de apresentar, separadamente, seus honorários quando no atendimento ao paciente participarem outros profissionais.

Art. 101 - Oferecer seus serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza.

Capítulo IX - Segredo Médico

É vedado ao médico:

Art. 102 - Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido. b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

Art. 103 - Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Art. 104 - Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas.

Art. 105 - Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 106 - Prestar a empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.

Art. 107 - Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.

Art. 108 - Facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

Art. 109 - Deixar de guardar o segredo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

Capítulo X - Atestado e Boletim Médico

É vedado ao médico:

Art. 110 - Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

Art. 111 - Utilizar-se do ato de atestar como forma de angariar clientela.

Art. 112 - Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Parágrafo único. O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração de honorários.

Art. 113 - Utilizar-se de formulários de instituições públicas para atestar fatos verificados em clínica privada.

Art. 114 - Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115 - Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 116 - Expedir boletim médico falso ou tendencioso.

Art. 117 - Elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal.

Capítulo XI - Perícia Médica

É vedado ao médico:

Art. 118 - Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência.

Art. 119 - Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame.

Art. 120 - Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho.

Art. 121 - Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Capítulo XII - Pesquisa Médica

É vedado ao médico:

Art. 122 - Participar de qualquer tipo de experiência no ser humano com fins bélicos, políticos, raciais ou eugênicos.

Art. 123 - Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido sobre a natureza e conseqüências da pesquisa.

Parágrafo único. Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento, a pesquisa somente poderá ser realizada, em seu próprio benefício, após expressa autorização de seu responsável legal.

Art. 124 - Usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica, ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências.

Art. 125 - Promover pesquisa médica na comunidade sem o conhecimento dessa coletividade e sem que o objetivo seja a proteção da saúde pública, respeitadas as características locais.

Art. 126 - Obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participe.

Art. 127 - Realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo à aprovação e ao comportamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador.

Art. 128 - Realizar pesquisa médica em voluntários, sadios ou não, que tenham direta ou indiretamente dependência ou subordinação relativamente ao pesquisador.

Art. 129 - Executar ou participar de pesquisa médica em que haja necessidade de suspender ou deixar de usar terapêutica consagrada e, com isso, prejudicar o paciente.

Art. 130 - Realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em paciente com afecção incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais.

Capítulo XIII - Publicidade e Trabalhos Científicos

É vedado ao médico:

Art. 131 - Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.

Art. 132 - Divulgar informação sobre o assunto médico de forma sensacionalista, promocional, ou de conteúdo inverídico.

Art. 133 - Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por órgão competente.

Art. 134 - Dar consulta, diagnóstico ou prescrição por intermédio de qualquer veículo de comunicação de massa.

Art. 135 - Anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade para a qual não esteja qualificado.

Art. 136 - Participar de anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 137 - Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado: atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação.

Art. 138 - Utilizar-se, sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, de dados, informações ou opiniões ainda não publicados.

Art. 139 - Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 140 - Falsear dados estatísticos ou deturpar sua interpretação científica.

Capítulo XIV - Disposições Gerais

Art. 141 - O médico portador de doença incapacitante para o exercício da Medicina, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.

Art. 142 - O médico está obrigado a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

Art. 143 - O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e a atualização do presente Código, quando necessárias.

Art. 144 - As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 145 - O presente Código entra em vigor na data de sua publicação e revoga o Código de Ética ("DOU", de 11/01/65), o Código Brasileiro de Deontologia Médica (Resolução CFM nº 1.154 de 13/04/84) e demais disposições em contrário.

Anexo II

Código de Processo Ético Profissional

Resolução CFM nº. 1.617/01, de 16 de maio de 2001.

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 136,16 jul. 2001. Seção 1, p. 21-2.

Capítulo I - Do processo em geral

Seção I - Das Disposições Gerais

Art.1º - O Processo Ético-Profissional, nos Conselhos de Medicina, reger-se-á por este Código e tramitará em sigilo processual.

Art.2º - A competência para apreciar e julgar infrações éticas será atribuída ao Conselho Regional de Medicina onde o médico estiver inscrito, ao tempo do fato punível ou de sua ocorrência.

§ 1º - No caso de a infração ética ter sido cometida em local onde o médico não possua inscrição, a apuração dos fatos será realizada onde ocorreu o fato.

§ 2º - A apreciação e o julgamento de infrações éticas de Conselheiros obedecerá às seguintes regras:

I - a sindicância realizar-se-á pelo Conselho Regional de Medicina onde o fato ocorreu;

II - decidida a instauração de Processo Ético-Profissional a instrução ocorrerá no Conselho Regional de Medicina, remetendo ao Conselho Federal de Medicina para desaforamento do julgamento.

Art. 3º - O processo terá a forma de autos judiciais, com as peças anexadas por termo, e os despachos, pareceres e decisões serão exarados em ordem cronológica e numérica.

Art. 4º - Os Presidentes dos Conselhos de Medicina poderão delegar aos Corregedores a designação, mediante o critério de distribuição ou sorteio, dos Conselheiros Sindicante, Instrutor, Relator e Revisor.

Art. 5º - Os Conselhos de Medicina poderão ser compostos em Câmaras, sendo obrigatória a existência de Câmara(s) de Julgamento de Sindicâncias.

Seção II - Da Sindicância

Art. 6º - A sindicância será instaurada:

I - "ex-officio";

II - mediante denúncia por escrito ou tomada a termo, na qual conste o relato dos fatos e a identificação completa do denunciante;

III – pela Comissão de Ética Médica, Delegacia Regional ou Representação que tiver ciência do fato com supostos indícios de infração ética, devendo esta informar, de imediato, tal acontecimento ao Conselho Regional.

§ 1º - As denúncias apresentadas aos Conselhos Regionais de Medicina somente serão recebidas quando devidamente assinadas e, se possível, documentadas.

§ 2º - Não ocorrendo a hipótese do § 1º, caberá ao Conselheiro Corregedor fixar prazo de 10 (dez) dias para a complementação da denúncia.

§ 3º Uma vez não cumprido pelo denunciante o disposto no § 2º, caberá ao Conselheiro Corregedor, encaminhar a matéria à primeira sessão de Câmara, com despacho fundamentado.

Art. 7º - Instaurada a sindicância, nos termos dos incisos I, II e III do art. 6º, o Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor nomeará um Sindicante para, no prazo de até 30 (trinta) dias, prorrogável a critério do Presidente ou Corregedor, apresentar relatório contendo a descrição dos fatos, circunstâncias em que ocorreram, identificação das partes e conclusão sobre a existência ou inexistência de indícios de infração ética.

Art. 8º - Do julgamento do relatório da sindicância poderá resultar:

I - arquivamento da denúncia com sua fundamentação, ou baixa em diligência;

II - homologação de procedimento de conciliação;

III - instauração do Processo Ético-Profissional.

Parágrafo único. Do termo de abertura do Processo Ético-Profissional constarão os fatos e a capitulação do delito ético.

Art. 9º - Será facultada a conciliação de denúncias de possível infração ao Código de Ética Médica, com a expressa concordância das partes, até o encerramento da sindicância.

§ 1º - Realizada a audiência e aceito, pelas partes, o resultado da conciliação, o Conselheiro Sindicante elaborará relatório circunstanciado sobre o fato, para aprovação pela Câmara, com a respectiva homologação pelo Pleno do Conselho Regional de Medicina.

§ 2º - O procedimento de conciliação orientar-se-á pelos critérios de oralidade, simplicidade, informalidade e economia processual.

§ 3º - Não caberá recurso no procedimento de conciliação, se aceito, pelas partes, o resultado da mesma.

§ 4º - Resultando inexitosa a conciliação, a sindicância prosseguirá em seus termos.

Art. 10 - Na homologação de conciliação não será permitido acerto pecuniário.

Capítulo II - Do processo em espécie

Seção I - Da Instrução

Art. 11 - Decidida a instauração de Processo Ético-Profissional, o Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor terá o prazo de 5 (cinco) dias para nomear o Conselheiro Instrutor, o qual terá 60 (sessenta) dias para instruir o processo.

§ 1º - O prazo de instrução poderá ser prorrogado, quantas vezes for necessário, por solicitação motivada do Conselheiro Instrutor, a critério do Presidente ou do Conselheiro Corregedor do Conselho.

§ 2º - Após a instauração de Processo Ético-Profissional, o mesmo não poderá ser arquivado por desistência das partes, exceto por óbito do denunciado, quando então será extinto o feito com a anexação da declaração de óbito.

§ 3º - Durante a instrução, surgindo novos fatos ou evidências, o Instrutor poderá inserir outros artigos não previstos na capitulação inicial, garantido o contraditório e a ampla defesa, sendo remetida ao plenário para apreciação.

Art. 12 - O Conselheiro Instrutor promoverá, ao denunciado, citação para apresentar defesa prévia no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de juntada do aviso de recebimento, assegurando-lhe vistas dos autos do processo na secretaria do Conselho ou fornecendo-lhe cópia da íntegra dos autos.

Parágrafo único. A citação deverá indicar os fatos considerados como possíveis infrações ao Código de Ética Médica e sua capitulação.

Art. 13 - Se o denunciado não for encontrado, ou for declarado revel, o Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor designar-lhe-á um defensor dativo.

Art. 14 - O denunciante será qualificado e interrogado sobre as circunstâncias da infração e as provas que possa indicar, tomando-se por termo suas declarações.

Art. 15 - Os advogados das partes ou o defensor dativo não poderão intervir ou influir de qualquer modo nas perguntas e nas respostas, sendo-lhes facultado apresentar perguntas por intermédio do Conselheiro Instrutor.

Art. 16 - Antes de iniciar o interrogatório, o Conselheiro Instrutor cientificará ao denunciado que está desobrigado de responder às perguntas que lhe forem formuladas.

Art. 17 - O denunciado será qualificado e, depois de cientificado da denúncia, interrogado sobre os fatos relacionados com a mesma, inclusive se conhece o denunciante e as testemunhas arroladas, e o que tem a alegar sobre os fatos.

Art. 18 - Se houver mais de um denunciado, cada um será interrogado individualmente.

Art. 19 - Consignar-se-ão as perguntas que o(s) depoente(s) deixar (em) de responder, juntamente com as razões de sua abstenção.

Art. 20 - As partes poderão arrolar até 5 (cinco) testemunhas, até a data do encerramento da instrução.

§ 1º - As perguntas das partes serão requeridas ao Conselheiro Instrutor, que, por sua vez, as formulará às testemunhas.

§ 2º - Serão recusadas as perguntas que não tiverem estrita relação com o processo ou importarem em repetição de outra(s) já respondida(s).

Art. 21 - A testemunha declarará seu nome, profissão, estado civil e residência bem como se é parente e em que grau de alguma das partes, ou quais suas relações com qualquer delas, e relatará o que souber, explicando, sempre, as razões de sua ciência.

Art. 22 - O Conselheiro Instrutor, quando julgar necessário, poderá ouvir outras testemunhas, além das arroladas pelas partes, sempre fundamentando sua decisão.

Art. 23 - O Conselheiro Instrutor não permitirá que as testemunhas manifestem suas apreciações pessoais, salvo quando inseparáveis da narrativa do fato.

Art. 24 - Os depoimentos serão reduzidos a termo e assinados pelos depoentes, pelas partes e pelo Conselheiro Instrutor.

Art. 25 - A acareação será admitida entre denunciante, denunciado e testemunhas, sempre que suas declarações divergirem sobre fatos ou circunstâncias relevantes.

Art. 26 - Se o intimado, sendo denunciante, denunciado ou testemunha, for médico e não comparecer ao depoimento sem motivo justo, ficará sujeito às sanções previstas no Código de Ética Médica.

Art. 27 - Se o intimado, sendo denunciante ou testemunha, não for médico e não comparecer ao depoimento sem motivo justo, ficará sujeito às sanções previstas em Lei.

Art. 28 - Concluída a instrução, será aberto o prazo de 15 (quinze) dias para apresentação das razões finais, primeiramente ao(s) denunciante(s) e, em seguida, ao(s) denunciado(s), com prazo comum entre mais de um denunciante e entre mais de um denunciado.

Parágrafo único. Estando todas as partes presentes à última audiência, poderão ser intimadas pessoalmente para apresentação de razões finais, devendo ser registrada em ata, passando a correr dali os respectivos prazos.

Art. 29 - Após a apresentação das alegações finais e análise do parecer processual da Assessoria Jurídica, o Conselheiro Instrutor proferirá relatório circunstanciado que será encaminhado ao Presidente ou ao Corregedor do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Até a data da Sessão de julgamento, o Conselheiro Corregedor, verificando a existência de qualquer vício ou irregularidade, poderá intervir nos autos e, por meio de despacho fundamentado, determinar a realização de atos a serem executados.

Seção II - Do Julgamento

Art. 30 - O Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor, após o recebimento do processo, devidamente instruído, terá o prazo de 10 (dez) dias para designar o Conselheiro Relator e o Revisor, os quais ficarão responsáveis pela elaboração de relatórios a serem entregues em 60 (sessenta) e 30 (trinta) dias, respectivamente, podendo ser prorrogados, quantas vezes for necessário, por motivo justificado e a critério do Presidente ou Corregedor do Conselho.

§ 1º - O Relator e o Revisor poderão, dentro dos prazos acima estabelecidos, solicitar ao Presidente ou ao Conselheiro Corregedor que remeta os autos ao Conselheiro Instrutor para novas diligências, indicando quais as providências cabíveis e estabelecendo o prazo para cumprimento da requisição.

§ 2º - O Conselheiro Instrutor poderá ser designado Conselheiro Relator.

Art. 31 - Recebidos os relatórios do Relator e Revisor, o Presidente ou o Conselheiro Corregedor determinará a inclusão do processo na pauta de julgamento.

Art. 32 - As partes serão intimadas da data de julgamento com a antecedência mínima de 10 (dez) dias.

Art. 33 - Na abertura da sessão de julgamento, as partes e seus representantes, após as exposições efetuadas pelo Relator e Revisor, vedada qualquer manifestação de voto, o Presidente da Sessão dará a palavra, sucessivamente, ao(s) denunciante(s) e ao(s) denunciado(s), pelo tempo improrrogável de 10 (dez) minutos, para sustentação oral.

Parágrafo único. Feita a sustentação oral, os Conselheiros poderão solicitar esclarecimentos sobre o processo ao Relator, Revisor e, por intermédio do Presidente da Sessão de julgamento, às partes.

Art. 34 - Após os esclarecimentos, discussão e decisão das preliminares e discussão dos fatos, vedada qualquer manifestação de voto conclusivo pelos Conselheiros, será concedido o tempo final de 5 (cinco) minutos sucessivamente, ao(s) denunciante(s) e denunciado(s), para novas manifestações orais.

Art. 35 - Após a manifestação final das partes, o Presidente da Sessão de julgamento, dará, pela ordem, a palavra aos Conselheiros que a solicitarem, para:

I - requerer vista dos autos do processo, apresentando-o com relatório de vista em até 30 (trinta) dias, para novo julgamento;

II - requerer a conversão dos autos do processo em diligência, com aprovação da maioria dos Conselheiros presentes no plenário ou câmara, caso em que determinará as providências que devam ser tomadas pelo Conselheiro Instrutor, no prazo de 60 (sessenta) dias prorrogáveis, ao qual remeterá o processo, retornando os autos ao Presidente ou Corregedor para pautar novo julgamento.

Art. 36 - No julgamento, os votos serão proferidos, quanto às preliminares, mérito, capitulação e apenação, quando houver, oralmente e seqüencialmente, pelo Conselheiro Relator, Revisor, manifestação de voto, divergente ou não, quando houver e, ao final, pelos demais Conselheiros.

§ 1º - O Presidente da sessão votará, na forma estabelecida no Regimento Interno de cada Conselho.

§ 2º - O Conselheiro presente ao julgamento, respeitando o quorum máximo previsto em lei, não poderá abster-se de votar.

Art. 37 - Proferidos os votos, o Presidente anunciará o resultado do julgamento, designando para redigir o acórdão o Relator ou o Revisor e; se estes forem vencidos, a redação caberá ao Conselheiro que propôs o voto vencedor.

Art. 38 - As partes e seus procuradores e o defensor dativo serão intimados da decisão nos termos do art. 67 deste Código.

Art. 39 - O julgamento far-se-á a portas fechadas, sendo permitida apenas a presença das partes e seus procuradores, Assessoria Jurídica dos Conselhos de Medicina, Corregedores e funcionários responsáveis pelo procedimento disciplinar nos Conselhos de Medicina necessários para o bom funcionamento do Tribunal de Ética Médica, até o encerramento da sessão.

Art. 40 - As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais são as previstas em Lei.

Capítulo III - Dos Impedimentos

Art. 41 - É impedido de atuar em Processo Ético-Profissional o Conselheiro que:

I – tenha interesse direto ou indireto na matéria;

II – tenha participado como perito, testemunha ou representante, ou se tais situações ocorrem quanto ao cônjuge, companheiro ou parente e afins até o terceiro grau;

III – esteja litigando, judicial ou administrativamente, com o interessado ou respectivo cônjuge ou companheiro (a).

Art. 42 - O Conselheiro que incorrer em impedimento deve comunicar o fato ao Presidente do Conselho, abstenendo-se de atuar.

Capítulo IV - Das Nulidades

Art. 43 - Nenhum ato será declarado nulo, se da nulidade não resultar prejuízo para as partes.

Art. 44 - A nulidade ocorrerá nos seguintes casos:

I - por suspeição argüida contra membros do Conselho, sendo apreciada na sessão de julgamento e acolhida pelo Plenário;

II - por falta de cumprimento das formalidades legais prescritas no presente Código.

Art. 45 - Nenhuma das partes poderá argüir nulidade a que haja dado causa, para a qual tenham concorrido ou referente à formalidade cuja observância só à parte contrária interesse.

Art. 46 - Não será declarada nulidade de ato processual que não houver influído na apuração da verdade substancial ou na decisão da causa.

Art. 47 - As nulidades considerar-se-ão sanadas:

I - se não forem argüidas em tempo oportuno;

II - se, praticado por outra forma, o ato atingir suas finalidades;

III - se a parte, ainda que tacitamente, aceitar seus efeitos.

Art. 48 - Os atos cuja nulidade não for sanada na forma do art. 47 serão renovados ou retificados.

Parágrafo único. Declarada a nulidade de um ato, considerar-se-ão nulos todos os atos dele derivados.

Art. 49 - A nulidade dos atos deve ser alegada na primeira oportunidade em que couber à parte falar nos autos, sob pena de preclusão.

Capítulo V - Dos Recursos

Seção I - Disposições Gerais

Art. 50 - Caberá recurso, no prazo de 30 (trinta) dias:

I - às Câmaras de Sindicância do Conselho Federal de Medicina, das decisões de arquivamento proferidas pelas Câmaras de Sindicância dos Conselhos Regionais;

II - ao Pleno do Conselho Regional, das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por maioria, pelas Câmaras, onde houver;

III - às Câmaras do Conselho Federal de Medicina, das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por unanimidade, pelas Câmaras dos Conselhos Regionais ou das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por maioria ou unanimidade, pelo Pleno dos Conselhos Regionais;

IV - ao Pleno do Conselho Federal de Medicina, das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por maioria, pelas Câmaras do CFM ou das decisões de cassação do exercício profissional proferidas pelos Conselhos Regionais.

Parágrafo único. Os recursos terão efeito suspensivo, podendo ocorrer o agravamento da pena, se interposto recurso pelo denunciante.

Art. 51 - Após o recebimento do recurso, a outra parte será intimada para, querendo, apresentar as contra-razões, no prazo de 30 (trinta) dias.

Seção II - Da Revisão do Processo

Art. 52 - Caberá a revisão do Processo Ético-Profissional condenatório, pelo Conselho Federal de Medicina, a qualquer tempo, contado da publicação do acórdão.

Parágrafo único. A revisão do processo disciplinar findo será admitida quando se descobrirem novas provas que possam inocentar o médico condenado ou por condenação baseada em falsa prova.

Art. 53 - Julgada procedente a revisão, será declarada sem efeito a penalidade aplicada, restabelecendo-se todos os direitos do médico.

Parágrafo único. Da revisão do Processo Ético-Profissional não poderá resultar agravamento de penalidade.

Art. 54 - O pedido de revisão do Processo Ético-Profissional transitado em julgado será dirigido ao Presidente do Conselho Federal de Medicina, que nomeará um Conselheiro Relator para elaboração de relatório, o qual será apresentado ao Pleno para análise e julgamento das novas provas apresentadas pelo médico condenado.

§ 1º - No julgamento da revisão serão aplicadas, no que couber, as normas prescritas no Capítulo II do presente Código.

§ 2º - O pedido de revisão não terá efeito suspensivo.

Art. 55 - São partes legítimas para a revisão:

I – o profissional punido, pessoalmente ou por intermédio de procurador habilitado;

II – o cônjuge ou companheiro (a), descendente, ascendente e irmã (o), em caso de falecimento do condenado;

III – o curador, se interdito.

Parágrafo único. Quando, no curso da revisão, falecer o profissional requerente, será ele substituído por qualquer das pessoas referidas no inciso II, ou nomeado curador para a defesa, quando nenhum substituto se apresentar no prazo de 60 (sessenta) dias.

Art. 56 - Julgando procedente a revisão, o Conselho Federal de Medicina poderá anular o Processo Ético-Profissional, alterar a capitulação, reduzindo a pena ou absolver o profissional punido.

Capítulo VI - Da Execução

Art. 57 - Transitada em julgado a decisão e, no caso de recurso, publicado o acórdão na forma estatuída pelo Regimento Interno do Conselho Federal de Medicina, serão os autos devolvidos à instância de origem do processo, para execução.

Art. 58 - As execuções das penalidades impostas pelos Conselhos Regionais e pelo Conselho Federal de Medicina serão processadas na forma estabelecida pelas respectivas decisões, sendo as penalidades anotadas no prontuário do médico infrator.

§ 1º - As penas públicas serão publicadas no Diário Oficial, em jornal de grande circulação, em jornal local onde o médico exerce suas funções e nos jornais ou boletins dos Conselhos.

§ 2º - No caso de cassação do exercício profissional e da suspensão por 30 (trinta) dias, além dos editais e das comunicações endereçadas às autoridades interessadas será apreendida a carteira profissional do médico infrator.

Capítulo VII - Da Reabilitação

Art. 59 - Decorridos 5 (cinco) anos após o cumprimento da pena e sem que tenha sofrido qualquer outra penalidade ético-disciplinar, poderá o médico requerer sua reabilitação ao Conselho Regional de Medicina onde está inscrito, com a retirada de seu prontuário dos apontamentos referentes a condenações anteriores.

§ 1º - Exclui-se da concessão do benefício do *caput* deste artigo o médico punido com a pena de cassação do exercício profissional.

§ 2º - Quando a sanção disciplinar resultar da prática de crime, o pedido de reabilitação depende, também, da correspondente reabilitação criminal.

Capítulo VIII - Da Prescrição

Art. 60 - A punibilidade por falta ética sujeita a Processo Ético-Profissional prescreve em 5 (cinco) anos, contados a partir da data do conhecimento do fato pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 61 - São causas de interrupção de prazo prescricional:

I - o conhecimento expresso ou a citação do denunciado, inclusive por meio de edital;

II - a apresentação de defesa prévia;

III - a decisão condenatória recorrível;

IV - qualquer ato inequívoco, que importe apuração dos fatos.

Art. 62 - Todo processo disciplinar paralisado há mais de 3 (três) anos, pendente de despacho ou julgamento, será arquivado *ex-officio* ou sob requerimento da parte interessada, sem prejuízo de serem apuradas as responsabilidades pela paralisação.

Art. 63 - A execução da pena aplicada prescreverá em 5 (cinco) anos, tendo como termo inicial a data da publicação do acórdão.

Art. 64 - Quando o fato objeto do Processo Ético-Profissional também constituir crime, a prescrição reger-se-á pelo prazo previsto na lei penal.

Art. 65 - Deferida a medida judicial de suspensão da apuração ética, o prazo prescricional fica suspenso até a revogação da medida, quando o prazo voltará a fluir.

Capítulo IX - Das Disposições Finais

Art. 66 - Aos Conselheiros Corregedor, Sindicante ou Instrutor caberá prover todos os atos que julgarem necessários à conclusão e elucidação do fato, devendo requerer ou requisitar a órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, da União, dos Estados, dos Municípios, do Distrito Federal e de Instituições privadas, quaisquer documentos peças ou informações necessários à instrução de sindicâncias ou Processos Ético-Profissionais.

Art. 67 - A citação e notificações serão feitas às partes e aos seus advogados:

I - por carta registrada, com Aviso de Recebimento;

II - pessoalmente, quando frustrada a realização do inciso anterior;

III - por edital, publicado uma única vez, no Diário Oficial e em jornal local de grande circulação, quando a parte não for encontrada;

IV - por Carta Precatória, no caso das partes e testemunhas encontrarem-se fora da jurisdição do Conselho, e através dos procedimentos pertinentes, se no exterior.

Art. 68 - Os prazos contarão, obrigatoriamente, a partir da data da juntada aos autos, da comprovação do recebimento da citação, intimações e notificações, inclusive da juntada das cartas precatórias.

Art. 69 - As gravações, para serem admitidas nos autos, deverão estar acompanhadas da sua transcrição, devidamente rubricada pela parte interessada.

Art. 70 - Aos Processos Ético-Profissionais em trâmite, aplicar-se-á, de imediato, o novo Código, sem prejuízo da validade dos atos processuais realizados sob a vigência do Código anterior.

Art. 71 - Este Código entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Resolução CFM nº. 1.464/96 e as demais disposições em contrário.

Anexo III

Lei nº. 3.268, de 30 de setembro de 1957.

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 1º out. 1957.

Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, instituídos pelo Decreto-lei nº. 7.955, de 13 de setembro de 1945, passam a constituir em seu conjunto uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira.

Art. 2º - O conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

Art. 3º - Haverá na Capital da República um Conselho Federal, com jurisdição em todo o Território Nacional, ao qual ficam subordinados os Conselhos Regionais; e, em cada capital de Estado e Território e no Distrito Federal, um Conselho Regional, denominado segundo sua jurisdição, que alcançará, respectivamente, a do Estado, a do Território e a do Distrito Federal.

Art. 4º - O Conselho Federal de Medicina compor-se-á de 28 (vinte e oito) conselheiros titulares, sendo:

I – 1 (um) representante de cada Estado da Federação;

II – 1 (um) representante do Distrito Federal; e

III – 1 (um) representante e respectivo suplente indicado pela Associação Médica Brasileira.

§1º - Os Conselheiros e respectivos suplentes de que tratam os incisos I e II serão escolhidos por escrutínio secreto e maioria de votos, presentes no mínimo 20% (vinte por cento), dentre os médicos regularmente inscritos em cada Conselho Regional.

§2º - Para a candidatura à vaga de conselheiro federal, o médico não necessita ser conselheiro do Conselho Regional de Medicina em que está inscrito.

Art. 5º - São atribuições do Conselho Federal:

a) organizar o seu regimento interno;

b) aprovar os regimentos internos organizados pelos Conselhos Regionais;

c) eleger o presidente e o secretário geral do Conselho;

d) votar e alterar o Código de Deontologia Médica, ouvidos os Conselhos Regionais; e) promover quaisquer diligências ou verificações, relativas ao funcionamento dos Conselhos de Medicina, nos Estados ou Territórios e Distrito Federal, e adotar, quando necessárias, providências convenientes a bem da sua eficiência e regularidade, inclusive a designação de diretoria provisória;

f) propor ao Governo Federal a emenda ou alteração do Regulamento desta lei;

g) expedir as instruções necessárias ao bom funcionamento dos Conselhos Regionais;

h) tomar conhecimento de quaisquer dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais e dirimí-las;

i) em grau de recurso por provocação dos Conselhos Regionais, ou de qualquer interessado, deliberar sobre admissão de membros aos Conselhos Regionais e sobre penalidades impostas aos mesmos pelos referidos Conselhos.

j) fixar e alterar o valor da anuidade única, cobrada aos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina; e

l) normatizar a concessão de diárias, jetons e auxílio de representação, fixando o valor máximo para todos os Conselhos Regionais.

Art. 6º - O mandato dos membros do Conselho Federal de Medicina será meramente honorífico e durará 5 (cinco) anos.

Art. 7º - Na primeira reunião ordinária do Conselho Federal será eleita a sua diretoria, composta de presidente, vice-presidente, secretário geral, primeiro e segundo secretários, tesoureiro, na forma do regimento.

Art. 8º - Ao presidente do Conselho Federal compete à direção do mesmo Conselho, cabendo-lhe velar pela conservação do decoro e da independência dos Conselhos de Medicina e pelo livre exercício legal dos direitos de seus membros.

Art. 9º - O secretário geral terá a seu cargo a secretaria permanente do Conselho Federal.

Art. 10 - O presidente e o secretário geral residirão no Distrito Federal durante todo o tempo de seus mandatos.

Art. 11 - A renda do Conselho Federal será constituída de:

- a) 20% (vinte por cento) da totalidade do imposto sindical pago pelos médicos;
- b) 1/3 (um terço) da taxa de expedição das carteiras profissionais;
- c) 1/3 (um terço) das multas aplicadas pelos Conselhos Regionais;
- d) doações e legados;
- e) subvenções oficiais;
- f) bens e valores adquiridos;
- g) 1/3 (um terço) das anuidades percebidas pelos Conselhos Regionais.

Art. 12 - Os Conselhos Regionais serão instalados em cada capital de Estado na de Território e no Distrito Federal, onde terão sua sede, sendo compostos de 5 (cinco) membros, quando o Conselho tiver até 50 (cinquenta) médicos inscritos, de 10 (dez), até 150 (cento e cinquenta) médicos inscritos, de 15 (quinze), até 300 (trezentos) inscritos, e, finalmente, de 21 (vinte e um), quando excedido esse número.

Art. 13 - Os membros dos Conselhos Regionais de Medicina, com exceção de um que será escolhido pela Associação Médica, sediada na Capital do respectivo Estado, federado à Associação Médica Brasileira, serão eleitos, em escrutínio secreto, em assembléia dos inscritos de cada região e que estejam em pleno gozo de seus direitos.

§1º - As eleições para os Conselhos Regionais serão feitas sem discriminação de cargos, que serão providos na primeira reunião ordinária dos mesmos.

§2º - O mandato dos membros dos Conselhos Regionais será meramente honorífico, e exigido como requisito para eleição a qualidade de brasileiro nato ou naturalizado.

Art. 14 - A diretoria de cada Conselho Regional compor-se-á de presidente, vice-presidente, primeiro e segundo secretários e tesoureiro.

Parágrafo único. Nos Conselhos onde o quadro abranger menos de 20 (vinte) médicos inscritos poderão ser suprimidos os cargos de vice-presidente e os de primeiro ou segundo secretários, ou alguns destes.

Art. 15 - São atribuições dos Conselhos Regionais:

- a) deliberar sobre a inscrição e cancelamento no quadro do Conselho;
- b) manter um registro dos médicos, legalmente habilitados, com exercício na respectiva Região;
- c) fiscalizar o exercício da profissão de médico;
- d) conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem;
- e) elaborar a proposta do seu regimento interno, submetendo-a a aprovação do Conselho Federal;
- f) expedir carteira profissional;
- g) velar pela conservação da honra e da independência do Conselho, livre exercício legal dos direitos dos médicos;
- h) promover, por todos os meios e o seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da medicina e o prestígio e bom conceito da medicina, da profissão e dos que a exerçam;
- i) publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados;
- j) exercer os atos de jurisdição que por lei lhes sejam cometidos;
- k) representar ao Conselho Federal de Medicina Aérea sobre providências necessárias para a regularidade dos serviços e da fiscalização do exercício da profissão.

Art. 16 - A renda dos Conselhos Regionais será constituída de:

- a) taxa de inscrição;

- b) 2/3 (dois terços) da taxa de expedição de carteiras profissionais;
- c) 2/3 (dois terços) da anuidade paga pelos membros inscritos no Conselho Regional;
- d) 2/3 (dois terços) das multas aplicadas de acordo com a alínea d do art. 22;
- e) doações e legados;
- f) subvenções oficiais;
- g) bens e valores adquiridos.

Art. 17 - Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Art. 18 - Aos profissionais registrados de acordo com esta lei será entregue uma carteira profissional que os habitará ao exercício da medicina em todo o País.

§1º - No caso em que o profissional tiver de exercer temporariamente, à medicina em outra jurisdição, apresentará sua carteira para ser visada pelo Presidente do Conselho Regional desta jurisdição.

§2º - Se o médico inscrito no Conselho Regional de um Estado passar a exercer, de modo permanente, atividade em outra região, assim se entendendo o exercício da profissão por mais de 90 (noventa) dias, na nova jurisdição, ficará obrigado a requerer inscrição secundária no quadro respectivo, ou para ele se transferir, sujeito, em ambos os casos, à jurisdição do Conselho local pelos atos praticados em qualquer jurisdição.

§3º - Quando deixar, temporária ou definitivamente, de exercer atividade profissional, o profissional restituirá a carteira à secretaria do Conselho onde estiver inscrito.

§4º - No prontuário do médico serão feitas quaisquer anotações referentes ao mesmo, inclusive os elogios e penalidades.

Art. 19 - A carteira profissional, de que trata o art. 18, valerá documento de identidade e terá fé pública.

Art. 20 - Todo alquile que mediante anúncios, placas, cartões ou outros meios quaisquer, se propuser ao exercício da medicina, em qualquer dos ramos ou especialidades, fica sujeito às penalidades aplicáveis ao exercício ilegal da profissão, se não estiver devidamente registrado.

Art. 21 - O poder de disciplinar e aplicar penalidades aos médicos compete exclusivamente ao Conselho Regional, em que estavam inscritos ao tempo do fato punível, ou em que ocorreu, nos termos do art. 18, § 1º.

Parágrafo único. A jurisdição disciplinar estabelecida neste artigo não derroga a jurisdição comum quando o fato constitua crime punido em lei.

Art. 22 - As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais aos seus membros são as seguintes:

- a) advertência confidencial em aviso reservado;
- b) censura confidencial em aviso reservado;
- c) censura pública em publicação oficial;
- d) suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias;
- e) cassação do exercício profissional, ad referendum do Conselho Federal.

§1º - Salvo os casos de gravidade manifesta que exijam aplicação imediata da penalidade mais grave a imposição das penas obedecerá à gradação deste artigo.

§2º - Em matéria disciplinar, o Conselho Regional deliberará de oficial ou em consequência de representação de autoridade, de qualquer membro, ou de pessoa estranha ao Conselho, interessada no caso.

§3º - A deliberação do Comércio precederá, sempre, audiência do acusado, sendo-lhe dado defensor no caso de não ser encontrado, ou for revel.

§4º - Da imposição de qualquer penalidade caberá recurso, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da ciência, para o Conselho Federal, sem efeito suspenso salvo os casos das alíneas c, e e f, em que o efeito será suspensivo.

§5º - Além do recurso previsto no parágrafo anterior, não caberá qualquer outro de natureza administrativa, salvo aos interessados a via judiciária para as ações que forem devidas.

§6º - As denúncias contra membros dos Conselhos Regionais só serão recebidas quando devidamente assinadas e acompanhadas da indicação de elementos comprobatórios do alegado.

Art. 23 - Constituem a assembléia geral de cada Conselho Regional os médicos inscritos, que se achem no pleno gozo de seus direitos e tenham aí a sede principal de sua atividade profissional.

Parágrafo único. A assembléia geral será dirigida pelo presidente e os secretários do Conselho Regional respectivo.

Art. 24 - A assembléia geral compete:

I - ouvir a leitura e discutir o relatório e contas da diretoria. Para esse fim se reunirá, ao menos uma vez por ano, sendo, nos anos em que se tenha de realizar a eleição do Conselho Regional, de 30 (trinta) a 45(quarenta e cinco) dias antes da data fixada para essa eleição;

II - autorizar a alienação de imóveis do patrimônio do Conselho;

III - fixar ou alterar as de contribuições cobradas pelo Conselho pelos serviços praticados;

IV - deliberar sobre as questões ou consultas submetidas à sua decisão pelo Conselho ou pela Diretoria;

V - eleger um delegado e um suplente para eleição dos membros e suplentes do Conselho Federal.

Art. 25 - A assembléia geral em primeira convocação, reunir-se-á com a maioria absoluta de seus membros e, em segunda convocação, com qualquer número de membros presentes.

Parágrafo único. As deliberações serão tomadas por maioria de votos dos presentes.

Art. 26 - O voto é pessoal e obrigatório em toda eleição, salvo doença ou ausência comprovadas plenamente.

§1º Por falta injustificada à eleição, incorrerá o membro do Conselho na multa de Cr\$200,00 (duzentos cruzeiros), dobrada na reincidência.

§2º - Os médicos que se encontrarem fora da sede das eleições, por ocasião destas, poderão dar seu voto em dupla sobrecarta, opaca, fechada, e remetida pelo correio, sob registro, por ofício com firma reconhecida, ao Presidente do Conselho Regional.

§3º - Serão computadas as cédulas recebidas, com as formalidades do parágrafo precedente até o momento de encerrar-se a votação. A sobrecarta maior será aberta pelo Presidente do Conselho, que depositará a sobrecarta menor na urna, sem violar o segredo do voto.

§4º - As eleições serão anunciadas no órgão oficial e em jornal de grande circulação, com 30 (trinta) dias de antecedência.

§5º - As eleições serão feitas por escrutínio secreto, perante o Conselho, podendo, quando haja mais de duzentos votantes, determinarem-se locais diversos para o recebimento dos votos, permanecendo, neste caso, em cada local, dois diretores, ou médicos inscritos, designados pelo Conselho.

§6º - Em cada eleição, os votos serão recebidos durante 6 (seis) horas contínuas pelo menos.

Art. 27 - A inscrição dos profissionais já registrados nos órgãos de saúde pública, na data da presente lei, será feita independente da apresentação de títulos, diplomas certificados ou cartas registradas no Ministério da Educação e Cultura, mediante prova do registro na repartição competente.

Art. 28 - O atual Conselho Federal de Medicina designará diretorias provisórias para os Conselhos Regionais dos Estados Territórios e Distrito Federal, onde não houverem ainda sido instalados, que tomarão a seu cargo a sua instalação e a convocação, dentro em 180 (cento e oitenta) dias, da assembléia geral, que elegerá o Conselho Regional respectivo.

Art. 29 - O Conselho Federal de Medicina baixará instruções no sentido de promover a coincidência dos mandatos dos membros dos Conselhos Regionais já instalados e dos que vierem a ser organizados.

Art. 30 - Enquanto não for elaborado e aprovado pelo Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais o Código de Deontologia Médica, vigorará o Código de Ética da Associação Médica Brasileira.

Art. 31 - O pessoal a serviço dos Conselhos de Medicina será inscrito, para efeito de previdência social, no Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado em conformidade com o art. 2º do Decreto-lei nº. 3.347, de 12 de junho de 1941.

Art. 32 - As diretorias provisórias, a que se refere o art. 28, organizarão a tabela de emolumentos devidos pelos inscritos, submetendo-a a aprovação do Conselho Federal.

Art. 33 - O Poder Executivo providenciará a entrega ao Conselho Federal de Medicina, logo após a publicação da presente lei, de 40% (quarenta por cento) da totalidade do imposto sindical pago pelos médicos a fim de que sejam empregados na instalação do mesmo Conselho e dos Conselhos Regionais.

Art. 34 - O Governo Federal tomará medidas para a instalação condigna dos Conselhos de Medicina no Distrito Federal e nas capitais dos Estados e Territórios, tanto quanto possível em edifícios públicos.

Art. 35 - O Conselho Federal de Medicina elaborará o projeto de decreto de regulamentação desta lei, apresentando-o ao Poder Executivo dentro em 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

Art. 36 - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogados o Decreto-lei nº. 7.955, de 13 de setembro de 1945, e disposições em contrário.

ANEXO IV

JURISPRUDÊNCIAS

RESPONSABILIDADE CIVIL POR ERRO MÉDICO - CIRURGIA PLÁSTICA DE NATUREZA ESTÉTICA - OBRIGAÇÃO MÉDICA DE RESULTADO - A cirurgia plástica de natureza meramente estética objetiva embelezamento. Em tal hipótese o contrato médico-paciente é de resultado, não de meios. A prestação do serviço médico há que corresponder ao resultado buscado pelo paciente e assumido pelo profissional da medicina. Em sendo negativo esse resultado ocorre presunção de culpa do profissional. Presunção só afastada fizer ele prova inequívoca tenha agido observando estritamente os parâmetros científicos exigidos, decorrendo, o dano, de caso fortuito ou força maior, ou outra causa exonerativa o tenha causado, mesmo desvinculada possa ser à própria cirurgia ou posterior tratamento. Forma de indenização correta. Dano moral. Sua correta mensuração. (TJRS - AC 595068842 - 6ª C. Cív. - Rel. Des. Osvaldo Stefanello - J. 10.10.95)

ERRO MÉDICO - CC, ART. 1.538 - Não confirmado a prova produzida, a pericial e testemunhal, que o mal de que padece o autor foi fruto de erro médico, não é possível determinar-se o pagamento de indenização por tal motivo. (TRF 4ª R. - AC 91.04.23994-6 - RS - 1ª T. - Rel. Juiz Vladimir Freitas - DJU 24.06.92) (RJ 182/131)

RESPONSABILIDADE CIVIL - ATENDIMENTO MÉDICO - Negligência e imperícia. As pessoas jurídicas respondem pelos danos que seus agentes, nesta qualidade, causarem a terceiros (CF, art. 37, § 6º), sendo de natureza objetiva a responsabilidade, somente ilidível por prova exclusiva da parte contrária. Comete erro profissional, sob a modalidade de negligência e imperícia, o médico que, ao atender criança vítima de desastre por queda sobre uma cerca, faz sutura em sua face sem constatar a presença de estrepe encravado na carne e ainda deixa de ministrar vacina antitetânica, causando a morte do infante. (TRF 1ª R. - AC 89.01.22648-0 - AM - 3ª T. - Rel. Juiz Vicente Leal - DJU 29.10.90) (RJ 159/148).

RESPONSABILIDADE CIVIL - Erro médico - Complicações resultantes de pós-operatório - Seqüelas irreparáveis que levaram a autora a ser indenizada pela incapacidade laborativa - Dano moral - Indenização a título de dano moral que se concede, a ser apurada em liquidação, consoante postulado, com juros e correção monetária a partir do evento lesivo. (STJ - REsp 25.507.0 - MG - 2ª T. - Rel. Min. Américo Luz - DJU 13.02.95)

RESPONSABILIDADE CIVIL - Erro médico - Deformação de seios, decorrente de mamoplastia - Culpa presumida do cirurgião - Cabimento - Hipótese de cirurgia plástica estética e não reparadora. Obrigação de resultado. Negligência, imprudência e imperícia, ademais, caracterizadas. (TJSP - AC 233.608-2 - 9ª C. - Rel. Des. Accioli Freire - J. 09.06.94) (RJTJESP 157/105)

ERRO MÉDICO - RESPONSABILIDADE CIVIL - ESTAGIÁRIO - Culpa do médico responsável pelo parto. Convênio. Responsabilidade objetiva do hospital e do INAMPS. Tendo o médico atribuído ao estagiário, estudante de medicina, ato privativo seu e sem os necessários cuidados, vindo a causar danos à parturiente, em decorrência do mau uso do instrumento médico-cirúrgico, configura-se ato culposo, por negligência e falta dos cuidados objetivos ou do zelo profissional necessário. Sendo o médico e o estagiário integrantes do corpo clínico do hospital e as guias de internamento hospitalar expedidas pelo INAMPS, em nome e sob a responsabilidade do hospital, este responde objetivamente pelos danos em decorrência de falta de serviço. Embora seja o médico culpado integrante do hospital e utilizando-se de seu aparelhamento para a prestação de atendimento aos pacientes, como profissional autônomo, sem credenciamento, pois quem era credenciado era o hospital, a

autarquia previdenciária também é responsável pela má escolha das entidades de prestação de assistência médica, pois esta seria atribuição primária do próprio INAMPS em virtude do contrato configurado no seguro de assistência aos contribuintes da Previdência Social. Condenação solidária do médico, que delegou ato de sua atribuição ao estagiário e estudante de medicina, do hospital, de que eram integrantes o médico e o estagiário, e do INAMPS, pelos danos que o erro médico causou à parturiente. Os honorários advocatícios devem ser reduzidos a 15%, por ser a autora beneficiária de assistência judiciária gratuita, conforme lei específica (Lei 1.060/50, art. 11). (TRF 1ª R. - AC 89.01.221268 - MG - 3ª T. - Rel. Juiz Vicente Leal - DJU 22.10.90) (RJ 159/149).

ERRO MÉDICO - RESPONSABILIDADE CIVIL - Ressarcimento de prejuízo advindo da aquisição de medicamento indevidamente receitado. Inadmissibilidade. Conduta culposa do profissional não evidenciada. Remédio ministrado que era adequado e indispensável à patologia do paciente. Hipótese em que o autor, abandonado o tratamento recomendado, deu causa a que se esgotasse o prazo de validade do medicamento. (TJSP - EI 147.056-1 - 6ª C. - Rel. Des. Reis Kuntz - J. 11.06.92) (RJTJESP 138/335) (RJ 188/100)

RESPONSABILIDADE CIVIL - Indenização. Erro médico. Culpa grave. Honorários profissionais. Danos estético e moral. Em se tratando de pedido de indenização por cirurgia plástica mal sucedida, provada a culpa, fica o profissional obrigado a restituir ao paciente os honorários, bem como a reparar os danos decorrentes do erro médico. Se em ação de indenização houve pedido de reparação pecuniária por danos morais e estéticos decorrentes de defeitos da cirurgia e outro para pagamento de despesas com futura cirurgia corretiva, atendido a este, inadmissível será o deferimento do primeiro. (TAMG - AC 110.111-3 - 4ª C - Rel. Juiz Mercêdo Moreira) (RJTAMG 46/130).

ERRO MÉDICO - RESPONSABILIDADE CIVIL - REPARAÇÃO DE DANO - I. Pelos erros profissionais respondem tanto a instituição previdenciária, quanto os profissionais que em seu nome atuam, configurando-se no caso dos autos litisconsórcio. II. Cogita-se de litisconsórcio facultativo, daí legitimar-se o INSS no pólo passivo da relação processual. III. A teoria da causalidade, seja ela no contexto da relativa (concausa) ou absoluta; ou a teoria do risco integral, estão a disciplinar a questão deduzida em juízo e comprovada na 1ª Instância. IV. A decisão monocrática que baseou-se em laudos periciais e indicam que o autor faz jus às verbas que deferidas foram. (TRF 2ª R. - AC 94.02.17212-2 - RJ - 1ª T. - Relª. Desª. Julieta L. Lunz - DJU 11.07.95)

INDENIZAÇÃO - Responsabilidade civil. Ato ilícito. Dano estético. Deformidade causado por erro médico em cirurgia plástica. Condenação do réu no custeio de outra cirurgia reparadora. Escolha do médico e do hospital a critério da autora. Verba a ser fixada na fase de liquidação, que será por artigos. Sentença confirmada. (TJSP - AC 163.049-1 - 6ª C - Rel. Des. Melo Júnior - J. 19.12.91) (RJTJESP 137/182)

DANO MORAL- ADV-JURISPRUDÊNCIA- 30.041 - Todo dano é indenizável e dessa regra não se exclui o dano moral, já que o interesse moral, como está no Código Civil, é poderoso para conceder a ação. O grande argumento em contrário diz, apenas, respeito à dificuldade de avaliação do dano. Não é preciso que a Lei contenha declaração explícita acerca da indenização para que esta seja devida. Na expressão dano está incluído o dano moral (TJ - RJ-Ac. unân. do 2.o Gr. Câms., ref. reg. em 10.07.86-EAp. 41.284 - Rel. Juiz Carlos Motta.

RESPONSABILIDADE CIVIL - - DANO MORAL E MATERIAL - Além dos danos materiais, deve ser reparado o dano moral, que no caso se presume, dada a estreita relação de parentesco, na falta de prova em contrário. A reparação do dano moral é acumulável com o ressarcimento do dano material: se existe mais de um dano, todos reclamam reparação, sejam ou não da mesma natureza (TJ-RJ - Ac. do IV GR. de Câms. Cív., reg.em 26-10-89 - EAp. 2.705/88 - Rel. Des. Barbosa Moreira.COAD 47849.

DANO MORAL - ADV-JURISPRUDÊNCIA - 30.560 - Até hoje a jurisprudência e a doutrina de todos os países têm vacilado ao encarar o dano moral e as codificações se mostram tímidas e lacunosas no seu enfoque. A nossa jurisprudência vem sedimentando-se, paulatinamente, no reconhecimento do dano moral quando há a perda da vida, principalmente a infantil, que constitui, nas famílias menos privilegiadas, expectativa futura. Ainda nesse sentido, o dano moral é reconhecido quando o ato ilícito resulta em aleijão ou deformidade física, que a vítima suportará para o resto da vida. O dano moral não se apaga, compensa-se. E esse pagamento deve ser em dinheiro, visando diminuir o patrimônio do ofensor compensando-se a lesão sofrida pela vítima. A simples procedência do pedido serve como uma reprovação pública ao ato do ofensor (TJ-MS - Ac. unân. da T. Civ., reg. em 12.08.86 - Ap. 636/85 - Rel. Des. Milton Malulei).

INFECÇÃO HOSPITALAR - SINAIS MENÍNGEOS ANTES DE ALTA HOSPITALAR - Há culpa in vigilando, quando se dá alta a indivíduo submetido à cirurgia, dentro do período previsto de grande risco. A alta precoce constitui responsabilidade objetiva do hospital, se o paciente apresenta sinais meníngicos no período pós-operatório. A seqüela da meningite tardiamente tratada é de responsabilidade do hospital, se o início da incubação se deu no leito hospitalar. Mantém-se o voto singular que nega provimento ao recurso de apelação, admitindo a responsabilidade objetiva do estado. (TJDF - EIC/APC 17.549 - DF - Reg. Ac. 63.647 - 1ª C. - Rel. p/o Ac. Des. João Mariosa - DJU 19.05.93) (RJ 190/105)

RHC - LESÃO CORPORAL CULPOSA - ERRO MÉDICO - TRANCAMENTO DE AÇÃO PENAL - AUSÊNCIA DE JUSTA CAUSA NÃO-EVIDENCIADA DE PLANO - IMPROPRIEDADE DO WRIT - VALIDADE DA REPRESENTAÇÃO - RECURSO DESPROVIDO - I - A falta de justa causa para a ação penal só pode ser reconhecida quando, de pronto, sem a necessidade de exame valorativo do conjunto fático ou probatório, evidencia-se a atipicidade do fato, a ausência de indícios a fundamentarem a acusação ou, ainda, a extinção da punibilidade. II - O habeas corpus constitui-se em meio impróprio para a análise de questões que exijam o exame do conjunto fático-probatório - como a sustentada ausência de justa causa porque não teria o paciente agido com imprudência ou imperícia - tendo em vista a incabível dilação que se faria necessária. III. Não se reconhece qualquer vício na representação, se a mesma foi procedida nos termos do art. 39 do CPP. IV - Recurso desprovido. (STJ - RO-HC 8862 - DF - 5ª T. - Rel. Min. Gilson Dipp - DJU 14.02.2000 - p. 46)

PENAL - PROCESSUAL PENAL - HABEAS CORPUS - AÇÃO PENAL - TRABALHO DE PARTO - LESÃO FÍSICA - CRIME - INEXISTÊNCIA - Não há crime a punir na hipótese em que o médico, durante os trabalhos de um parto, acompanhou a evolução do quadro clínico da parturiente com todo o cuidado, consignado o diagnóstico correto, sem a constatação de qualquer erro técnico-profissional. Inexistindo justa causa para a ação penal, impõe-se a concessão do habeas corpus para fazer cessar o constrangimento ilegal. (STJ - HC 7174 - ES - 6ª T. - Rel. Min. Vicente Leal - DJU 26.10.1998 - p. 155)

HOMICÍDIO CULPOSO - ERRO MÉDICO - IMPERÍCIA E NEGLIGÊNCIA - Embolia pulmonar após o parto. Nexo de causalidade entre os procedimentos médicos e o evento morte não suficientemente demonstrado. Sentença absolutória confirmada. Recurso ministerial improvido. (TJRS - ACr 297035461 - RS - 1ª C.Crim. - Rel. Des. Regina Maria Bollick - J. 25.03.1998)