

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ – UESPI / CAMPUS DE PARNAÍBA  
CÉNTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

**RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO: UMA RELAÇÃO  
MÉDICO E PACIENTE**

Marcela de Paiva Laurentino

PARNAÍBA - PI  
2010

MARCELA DE PAIVA LAURENTINO

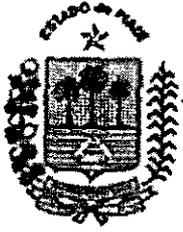
## **RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO: UMA RELAÇÃO MÉDICO E PACIENTE**

Monografia apresentada à Universidade Estadual do Piauí - UESPI, como exigência parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito.

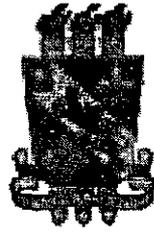
Orientador: Prof. João Batista Silva da Costa

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Maria do Rosário Pessoa Nascimento

PARNAÍBA - PI  
2010



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ – UESPI  
CAMPUS PROFESSOR ALEXANDRE ALVES DE OLIVEIRA  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE DIREITO



## MONOGRAFIA

A RESPONSABILIDADE CIVIL: UMA RELAÇÃO MÉDICO E PACIENTE

de

MARCELA DE PAIVA LAURENTINO

**Resultado: APROVADA**

---

Professor Orientador João Batista Silva da Costa

---

Professora Co-Orientadora Maria do Rosário Pessoa Nascimento

---

Professor Examinador Jairon Costa Carvalho

Dedico este trabalho a meu pai Deusdeth, exemplo de honestidade e superação, e à minha mãe Francisca Maria, sempre muito carinhosa e compreensiva; os dois são grandes incentivadores dos meus sonhos.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela força e inspiração na realização deste trabalho.

A meus pais, pelo apoio e incentivo dispensados em todos os momentos de minha vida, em especial, durante essa etapa de realização pessoal.

Aos amigos, pelas experiências compartilhadas.

A todos os professores da Universidade Estadual do Piauí, pelo aprendizado, com destaque para meus orientadores, Prof<sup>a</sup>. Maria do Rosário Pessoa Nascimento, pelas dúvidas esclarecidas sempre com muita atenção, e Prof. João Batista Silva da Costa, pela paciência e incentivo.

“Se pudeses curar, cura; se não pudeses curar, alivia; se não pudeses aliviar, consola.”

A. Murri

## RESUMO

O trabalho ora em foco tem o objetivo de abordar a Responsabilidade Civil aplicada ao médico em suas relações com os pacientes. Para se entender a responsabilidade civil do médico, foi feita uma exposição do histórico, conceitos e pressupostos da responsabilidade civil geral. Posteriormente, o enfoque foi para a formação do médico, englobando todas as etapas pelas quais deve passar a fim de se tornar um profissional qualificado para o exercício da Medicina. Para uma responsabilização civil do médico, necessário se faz provar sua culpa, ou seja, que ele realmente tenha contribuído para que o dano ao paciente ocorresse. A conduta do médico causadora do dano ocorrerá na forma de imprudência, negligência ou imperícia, as três modalidades de culpa *stricto sensu*, norteadoras da Teoria da Responsabilidade Civil Subjetiva, adotada pelo ordenamento jurídico brasileiro. O tema apresenta bastante relevância e é importante que a sociedade conheça quais os casos de erros médicos que ensejam a responsabilidade do profissional médico.

**Palavras-chave:** médico, dano, responsabilidade civil.

## ABSTRACT

This work here focused has as objective to approach the Civil Responsibility applied to the doctor in its relations with the patients. To understand the doctor's civil responsibility we prepared an exposition of the historical, concepts and presuppositions of the general civil responsibility. After that, the focus was the doctor's formation, including all the steps that they must follow to become a qualified professional to work with the Medicine. For a civil responsibility of the doctor, it is necessary to prove its blame, in other words, that the doctor really contributed for the patient's damage. The doctor's conduct that caused the trouble will happened in the imprudence, negligence or malpractice ways, the three modalities of *stricto sensu* blame, guiding the Subjective Civil Responsibility theory, adopted by the juridical Brazilian law. The theme presents great relevance and it is important that the society know what are the cases of doctor's faults that aim the professional responsibility of the doctors.

**Key-Words:** doctor, damage, civil responsibility.

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	08
CAPÍTULO I – RESPONSABILIDADE CIVIL .....	09
1.1 A Responsabilidade Civil no Tempo .....	09
1.2 As Várias Acepções da Responsabilidade Civil .....	10
1.3 Espécies de Responsabilidade .....	11
1.3.1 Responsabilidade Jurídica e Moral .....	11
1.3.2 Responsabilidade Civil e Penal .....	12
1.4 Espécies de Responsabilidade Civil .....	14
1.4.1 Responsabilidade Objetiva e Subjetiva .....	14
1.4.2 Responsabilidade Contratual e Extracontratual .....	15
1.5 Pressupostos da Responsabilidade Civil .....	16
1.5.1 Ação ou Omissão .....	16
1.5.2 Culpa ou Dolo do Agente .....	17
1.5.3 Relação de Causalidade .....	18
1.5.4 Dano .....	18
CAPÍTULO II – O PROFISSIONAL MÉDICO .....	20
2.1 Qualificação Profissional .....	21
2.1.1 Residência Médica .....	21
2.1.2 Especialidades e Áreas de Atuação .....	22
2.1.3 Certificação de Atualização Profissional .....	24
2.2 Código de Ética Médica .....	25
2.2.1 Direitos do Paciente .....	28
2.3 Exercício Ilegal da Medicina .....	30
2.3.1 Charlatanismo .....	31
2.3.2 Curandeirismo .....	32
CAPÍTULO III – RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO .....	34
3.1 Relação Médico – Paciente: Um Contrato .....	34
3.1.1 Obrigação de Meio e de Resultado .....	36
3.2 Culpa <i>Lato Sensu</i> .....	39

3.3 Erro Médico e suas Modalidades .....	41
3.3.1 Modalidades de Culpa Médica .....	44
3.3.2 Perda de Uma Chance .....	47
3.3.3 A prova da culpa .....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	53
SITES CONSULTADOS .....	55
ANEXOS .....	56

# INTRODUÇÃO

A presente Monografia faz a análise do instituto da Responsabilidade Civil aplicada ao profissional médico, amparando-se na legislação civil vigente e no novo Código de Ética Médica, mostrando como a mais moderna doutrina se posiciona em relação ao tema.

No primeiro capítulo fez-se uma abordagem ampla sobre a responsabilidade civil, destacando sua evolução no tempo, os conceitos de diversos autores, as espécies admitidas na lei civil brasileira e os seus pressupostos.

O segundo capítulo fez uma explanação da formação profissional do médico, destacando-se sua formação desde a faculdade até a escolha de uma especialidade, e quais seus deveres em relação ao paciente em face do novo Código de Ética Médica.

O terceiro capítulo tem como temática a Responsabilidade Civil do Médico, enfocando-se a natureza da relação entre médico e paciente, as modalidades de erro médico, as variações da culpa *stricto sensu* que caracterizam a responsabilidade civil do médico. A relação entre a responsabilidade médica e a teoria *Perte D'une Chance* (Perda de uma Chance), desenvolvida na década de 60, na França, também foi estudada no presente trabalho.

O desenvolvimento desta monografia foi com base em pesquisa bibliográfica, internet, através de sites especializados em artigos. O método de abordagem é o dedutivo, pois parte de um conhecimento geral para o específico.

Pretende-se, com este trabalho, levar ao conhecimento de todos os estudos a cerca da reparação de danos causados por profissionais que lidam com o maior bem que o ser humano possui: a saúde. Por tal motivo, é importante que medidas legais mais eficazes sejam adotadas a fim de minorar o número de erros médicos que ocorrem pelo simples fato de médicos não terem a devida cautela no desempenho de suas funções.

# CAPÍTULO I

## 1. RESPONSABILIDADE CIVIL

### 1.1 A responsabilidade civil no tempo

Nos primórdios da humanidade, aquele que causasse prejuízo a outra pessoa ou sua família sofreria penas cruéis, como forma de reparação. Não se levava em conta o fator culpa. Ocorrido o dano, era imediatamente revidado pelo ofendido, de forma instintiva e brutal. Dominava a vingança privada, uma forma rudimentar de aplicação da Justiça.

Na visão de Gonçalves (2007, p. 07) *“sucede este período o da composição. O prejudicado passa a perceber as vantagens e conveniências da substituição da vindita, que gera a vindita, pela compensação econômica”*. Fica a critério da vítima a reparação do dano sofrido, substituindo a vingança com as próprias mãos.

Já à época do Código de Ur-Nammu, Código de Manu e da Lei das XII Tábuas, a justiça com as próprias mãos passa a ser vedada, em decorrência da existência de autoridade soberana e leis que regulamentam as condutas sociais. A composição econômica passa a ser obrigatória e tarifada.

Foi ao tempo dos romanos, com a *Lex Aquilia*, que a diferença entre “reparação” e “pena” começou a ser esboçada. Existiam os delitos públicos (de caráter perturbador da ordem) e os delitos privados. No primeiro, a pena pecuniária imposta ao ofensor era recolhida aos cofres públicos; nos delitos privados, a pena econômica era recebida pela vítima. O Estado assumiu para si a função de punir, em substituição à punição privada, pelo próprio ofendido, passando a existir a responsabilidade civil ao lado da responsabilidade penal, e também a ação de indenização.

A responsabilidade civil moderna encontrou base na Lei Aquília, que funciona como um princípio geral regulador da reparação do dano. Tal lei instituiu a denominada culpa *stricto sensu* ou culpa aquiliana, onde a violação do dever pode ser conhecida e observada pelo agente, segundo os padrões de comportamento médio.

## **1.2 As várias acepções da responsabilidade civil**

A palavra responsabilidade tem sua origem na raiz latina *spondeo*, pela qual se vinculava o devedor, solenemente, nos contratos verbais do direito romano. Dentre as várias acepções existentes, algumas fundadas na doutrina do livre-arbítrio, outras em motivações psicológicas, destaca-se a noção de responsabilidade como aspecto da realidade social.

Segundo Gonçalves (2007, p. 01) a “*responsabilidade exprime idéia de restauração de equilíbrio, de contraprestação, de reparação de dano*”. Diz ainda que:

Toda atividade que acarreta prejuízo traz em seu bojo, como fato social, o problema da responsabilidade. Destina-se ela a restaurar o equilíbrio moral e patrimonial provocado pelo autor do dano. Exatamente o interesse em restabelecer a harmonia e o equilíbrio violados pelo dano constitui a fonte geradora da responsabilidade civil.<sup>3</sup>

Diniz (2003, p. 36) ensina que:

Responsabilidade civil é a aplicação das medidas que obriguem uma pessoa a reparar dano moral ou patrimonial a terceiros, em razão de ato por ela mesmo praticado, por pessoa por quem ela responde, por alguma coisa a ela pertencente ou por simples imposição legal.

Pereira (1990, p. 16) diz que:

A responsabilidade civil consiste na efetivação da reparabilidade abstrata do dano em relação a um sujeito passivo da relação jurídica que se forma. Reparação e sujeito passivo compõem o binômio da responsabilidade civil, que então se enuncia como o princípio que subordina a reparação à sua incidência na pessoa do causador do dano. Não importa se o fundamento é culpa, ou se independente desta. Em qualquer circunstância, onde houver a subordinação de um sujeito passivo à determinação de um dever de ressarcimento, aí estará a responsabilidade civil.

Percebe-se que a definição de Diniz traz a responsabilidade civil de forma mais ampla, abarcando tanto a responsabilidade decorrente de culpa (responsabilidade subjetiva) quanto a que independe de culpa (responsabilidade objetiva).

### **1.3 Espécies de responsabilidade**

#### **1.3.1 Responsabilidade Jurídica e Moral**

A violação de normas morais ou jurídicas resulta em responsabilidade. Pode ocorrer a violação em separado ou concomitantemente, ou seja, muitas vezes ao se violar uma regra jurídica viola-se também uma regra moral. Vai depender do fato que configura a conduta causadora do dano, que pode ser proibido pela lei moral ou pelo direito.

Reitera Diniz (2003, p. 20) ao dizer que:

A responsabilidade moral, oriunda de transgressão à ordem moral, repousa na seara da consciência individual, de modo que o ofensor se sentirá moralmente responsável perante deus ou perante sua própria consciência, conforme seja ou não homem de fé. Não há qualquer preocupação se houve ou não um prejuízo, pois um simples pensamento poderá induzir esta espécie de responsabilidade, terreno que não pertence ao campo do direito. A responsabilidade moral não se exterioriza socialmente por isso não tem repercussão na ordem jurídica. A responsabilidade moral, quando a violação a certo dever atingir uma norma jurídica, acompanhará o agente, que

continuará sob o julgo de sua consciência, mesmo quando por um julgamento venha a se isentar de qualquer responsabilidade civil ou penal. A responsabilidade moral supõe que o agente tenha: livre arbítrio, porque uma pessoa só poderá ser responsável por atos que podia praticar ou não, e, consciência da obrigação.

Só se cogita da responsabilidade jurídica quando há prejuízo, quando ocorre uma infração de norma jurídica que enseje dano ao homem ou à coletividade. Assim, o causador da lesão será obrigado a reparar o dano sofrido pela vítima, seja em espécie ou em pecúnia.

As normas transgredidas podem ser civis ou penais, o que acarreta indenização e pena, respectivamente, medidas que obrigam o lesante a recompor o *statu quo ante*, impedindo-o de provocar outra vez o desequilíbrio social e que outras pessoas também façam o mesmo.

A responsabilidade moral atinge a consciência individual. O homem sente-se obrigado perante sua consciência, mas sem preocupação de reparação de danos a terceiros. Baseia-se no livre arbítrio da pessoa.

### **1.3.2 Responsabilidade Civil e Penal**

A responsabilidade civil se preocupa com o restabelecimento da situação patrimonial de alguém, ou ainda com a reparação de dano moral; o prejudicado poderá ou não pleitear a reparação. Já a responsabilidade penal combate danos lesivos à coletividade, não se restringe ao indivíduo em particular, pois este é integrante da sociedade; a norma infringida é de direito público.

Discorrendo a respeito da distinção entre responsabilidade civil e penal, escreveu Dias (1997, p. 08):

Para efeito de punição ou da reparação, isto é, para aplicar uma ou outra forma de restauração da ordem social é que se distingue: a sociedade toma à sua conta aquilo que a atinge diretamente, deixando ao particular a ação para restabelecer-se, à custa do ofensor, no *statu quo* anterior à ofensa. Deixa, não porque se não

impressione com ele, mas porque o Estado ainda mantém um regime político que explica a sua não-intervenção. Restabelecida a vítima na situação anterior, está desfeito o desequilíbrio experimentado.

Diniz (2003, p. 20) faz a diferenciação afirmando que:

Enquanto a responsabilidade penal pressupõe a turbação social, ou seja, uma lesão aos deveres de cidadãos para com a ordem da sociedade, acarretando um dano social determinado pela violação de norma penal, exigindo para restabelecer o equilíbrio social, investigação da culpabilidade do agente. A responsabilidade civil requer prejuízo a terceiro, particular ou Estado. A responsabilidade civil, por ser repercussão do dano privado, tem por causa geradora o interesse em restabelecer o equilíbrio jurídico alterado ou desfeito pela lesão, de modo que a vítima poderá pedir reparação do prejuízo causado, traduzida na recomposição do *statu quo ante* ou numa importância em dinheiro.

A distinção entre a responsabilidade civil e penal também existe sob outros aspectos. Nesta, é necessário que a conduta se adeque perfeitamente ao tipo penal. Já na civil, qualquer ação ou omissão pode gerar a reparação do dano, desde que viole direito ou cause prejuízo a outrem, conforme o art. 186 do Código Civil.

Outra distinção ocorre quanto à culpabilidade. Na área cível, toda modalidade de culpa enseja a obrigação de indenizar, ainda que levíssima. No âmbito penal exige-se que a culpa tenha certo grau ou intensidade para a condenação do réu. Se for levíssima, pode o juiz não considerar infração a conduta praticada pelo agente. Como exemplo, no Direito Penal brasileiro existe o Princípio da Insignificância ou Bagatela.

Responsabilidade civil e penal divergem também na imputabilidade. Nas duas, em regra, somente os maiores de 18 (dezoito) anos são responsáveis por seus atos. Entretanto, no cível admite-se que menores de 18 (dezoito) anos sejam responsabilizados nos casos em que as pessoas encarregadas legalmente por eles não puderem fazê-lo, desde que a reparação não os prive do necessário, como anota o art. 928, parágrafo único, do Código Civil.

## **1.4 Espécies de responsabilidade civil**

### **1.4.1 Responsabilidade Objetiva e Subjetiva**

A responsabilidade civil possui, doutrinariamente, duas teorias que regulam os mecanismos de responsabilização para avaliar a necessidade, quando por ocasião da prestação jurisdicional, de ressarcimento de dano causado a outrem. São elas: a responsabilidade subjetiva e a responsabilidade objetiva.

A teoria da responsabilidade subjetiva, também chamada de teoria da culpa, alicerça-se na presença da culpa, no agir do autor da lesão. Esse é seu elemento característico. Deve haver o desejo de resultado lesivo por parte do agente do dano, aceitação do risco de produzi-lo ou, ainda, age com negligência, imperícia ou imprudência. A prova da culpa passa a ser um pressuposto necessário para a indenização do dano. Sem aquela não há que se falar em responsabilidade.

Gonçalves (2007, p. 30) diz que:

A lei impõe, entretanto, a certas pessoas, em determinadas situações, a reparação de um dano cometido sem culpa. Quando isso acontece, diz-se que a responsabilidade é legal ou objetiva, porque prescinde da culpa e se satisfaz apenas com o dano e o nexo de causalidade.

No caso de responsabilidade objetiva, ou também teoria do risco, todo dano é indenizável, e deve ser reparado independentemente de existência de culpa. Basta que haja relação de causalidade entre a ação e o dano. Existem casos em que a culpa é presumida por lei e noutros é totalmente prescindível.

Na presunção da culpa, o ônus da prova é invertido. A vítima precisa provar apenas a ação ou omissão e o dano causado pelo réu, pois sua culpa já é presumida. Como exemplo tem o caso de dono de animal que cause prejuízo a outrem, situação prevista no art. 936 do Código Civil. Mas se o réu provar que houve

culpa da vítima ou força maior não será considerado culpado (inversão do *onus probandi*).

### **1.4.2 Responsabilidade Contratual e Extracontratual**

Essa classificação de responsabilidade está de acordo com a qualidade da violação do dever jurídico. Quando há uma obrigação, advinda de um contrato, mas não é cumprida, estamos diante da responsabilidade contratual, ou seja, quando há inexecução do contrato surge a obrigação de indenizar.

Tal responsabilidade está disciplinada no artigo 389 do Código Civil, que dispõe que *“não cumprida a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogado”*.

Conforme Diniz (2003, p. 119):

Responsabilidade Contratual, se oriunda de inexecução de negócio jurídico bilateral ou unilateral. Resulta, portanto, de um ilícito contratual, ou seja, pela falta de adimplemento ou de mora no cumprimento de qualquer obrigação. É uma infração a um dever especial estabelecido pela vontade dos contratantes, por isso decorre de relação obrigacional preexistente e pressupõe capacidade para contratar.

Afirma ainda que:

Baseia-se no dever 'de resultado, o que acarretará a presunção da culpa pela inexecução previsível e evitável da obrigação nascida da convenção prejudicial à outra parte. O ônus da prova, na responsabilidade contratual, competirá ao devedor, ante ao inadimplemento, a inexistência de sua culpa ou a presença de qualquer excludente do dever de indenizar. (DINIZ, 2003, p. 119)

Já a responsabilidade extracontratual deriva de um ato ilícito. Ocorre quando há violação de obrigação prevista em lei, que pode ser objetiva (sem culpa) ou subjetiva (com culpa). É chamada também de responsabilidade aquiliana.

A responsabilidade extracontratual está prevista no Código Civil, no artigo 186, que dispõe que *“aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”*, e no artigo 927 que *“aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo”*.

Um das grandes diferenças existentes entre as responsabilidades contratual e extracontratual é o *ônus da prova*. Na primeira, o credor deverá mostrar apenas que a obrigação foi descumprida. O *onus probandi* cabe ao devedor, que poderá valer-se das excludentes previstas em lei (culpa exclusiva da vítima, caso fortuito ou força maior) para não ser responsabilizado pelo inadimplemento contratual. Na extracontratual a vítima é que fica com o ônus de provar que o dano se deu por culpa do agente.

## **1.5 Pressupostos da responsabilidade civil**

### **1.5.1 Ação ou Omissão**

A ação é, portanto, um comportamento positivo, como a destruição de uma coisa alheia, a morte ou lesão corporal causada em alguém. Já a omissão é uma atitude negativa, se caracteriza pela inatividade, abstenção de alguma conduta devida.

A omissão adquire relevância jurídica quando o omitente tem o dever jurídico de agir, de praticar um ato para impedir o resultado. Tal dever advém da lei, de negócio jurídico ou de conduta anterior do próprio omitente, criando o risco da ocorrência do resultado, devendo, por isso, agir para impedi-lo.

A lei refere-se a qualquer pessoa que por ação ou omissão causa dano a outrem. A respeito disso Cavalieri Filho (2008, p. 24) coloca que:

A ação é a forma mais comum de exteriorização da conduta, porque, fora do domínio contratual, as pessoas estão obrigadas a abster-se

da prática de atos que possam lesar o seu semelhante, de sorte que a violação desse dever geral de abstenção se obtém através de um fazer.

A responsabilidade pode derivar de ato próprio, de ato de terceiro que esteja sob a guarda do agente e, ainda, de danos causados por coisas e animais que lhe pertençam.

### **1.5.2 Culpa ou Dolo do agente**

O dolo consiste na vontade de cometer uma violação de direito, é uma violação deliberada, consciente, do dever jurídico, e a culpa, na falta de diligência. O artigo 186 do Código Civil cogita do dolo logo no início: “*ação ou omissão voluntária*”, passando, em seguida, a referir-se à culpa: “*negligência ou imprudência*”.

Para obter a reparação do dano, a vítima geralmente tem de provar dolo ou culpa *stricto sensu* do agente, segundo a teoria subjetiva adotada na nossa legislação civil. Todavia, como essa prova muitas vezes se torna difícil de ser demonstrada, o direito brasileiro admite, em casos específicos, alguns casos de responsabilidade sem culpa: a responsabilidade objetiva, com base especialmente na teoria do risco, abrangendo também casos de culpa presumida.

A culpa *stricto sensu*, também denominada culpa aquiliana, é caracterizada pela imperícia, imprudência ou negligência. Esta é a prática de conduta omissiva, sem tomar as medidas necessárias que a natureza da obrigação exige. Imperícia é a falta de habilidade técnica para o exercício de uma função, profissão ou arte. A imprudência é conduta positiva da qual o agente da ação deveria abster-se.

Levando em conta a gravidade, a culpa será grave, leve e levíssima. A primeira ocorrerá quando o agente atuar sem nenhuma cautela, quando houver omissão dos cuidados mais evidentes. É uma negligência extremada. Nesse caso, há previsão do resultado da conduta, no entanto, o agente não acredita que o evento

ocorrerá. A culpa será leve quando a ação puder ser evitada com atenção ordinária, e levíssima quando a falta for evitável com extrema cautela.

### **1.5.3 Relação de Causalidade**

O vínculo entre a conduta (ato ilícito) e o resultado (prejuízo) designa-se nexos causal. Nas palavras de Cavalieri Filho (2008, p. 46) *“é necessário que o ato ilícito seja a causa do dano, que o prejuízo sofrido pela vítima seja resultado desse ato, sem o que a responsabilidade não correrá a cargo do autor material do fato”*. O nexos causal é indispensável na identificação da responsabilidade, pois esta só ocorrerá se for possível estabelecer uma relação causal entre o dano e o autor.

No ordenamento jurídico brasileiro, a relação de causalidade é regida pela teoria do *dano direto e imediato*, segundo a qual apenas a causa que se vincula diretamente ao dano, desde que seja necessária para a ocorrência do mesmo, é considerada para a responsabilização do agente. Nesse caso, não deve haver nenhuma interferência de outra causa, que não exista outra que explique o mesmo dano. A citada teoria encontra respaldo legal no art. 403 do Código Civil, a saber: *“Ainda que a inexecução resulte de dolo do devedor, as perdas e danos só incluem os prejuízos efetivos e os lucros cessantes por efeito dela direto e imediato, sem prejuízo do disposto na lei processual”*.

### **1.5.4 Dano**

Dano é o prejuízo decorrente de uma conduta, é a lesão de um bem jurídico. Só haverá responsabilidade civil se houver um dano a reparar. Nesse diapasão, inclui-se tanto o dano material, patrimonial, como o dano moral.

Quando se fala em indenização, pensa-se logo que algum dano deve ser reparado, que existe uma obrigação a ser ressarcida. Dessá forma, na análise da responsabilidade civil, interessa apenas o dano indenizável. Como muitas vezes o dano não é reparado totalmente, busca-se uma compensação em forma de

indenização monetária, auferindo-se ao dano um valor em dinheiro que satisfaça, ou pelo menos, minimize o prejuízo sofrido pela vítima.

Gonçalves (2007, p. 337) leciona que *“indenizar significa reparar o dano causado à vítima, integralmente. Se possível, restaurando o statu quo ante, isto é, devolvendo-a ao estado em que se encontrava antes da ocorrência do ato ilícito”*.

No dano patrimonial, ou dano material, apenas os bens que compõem o patrimônio da vítima são atingidos. Aqui, o agente do dano será responsável pelo que se perdeu efetivamente e por aquilo que se deixou de lucrar: o dano emergente e o lucro cessante.

Nas palavras de Diniz (2005, p. 91) *“o dano moral vem a ser a lesão de interesses não patrimoniais de pessoa física ou jurídica, provocada pelo fato lesivo”*. O dano moral é aquele que ofende a vítima trazendo sofrimento, humilhação, dor, desconforto. Não atinge patrimonialmente.

O dano moral é também entendido como dano patrimonial indireto, pois também pode acarretar um prejuízo patrimonial. Para exemplificar menciona-se o direito à integridade corporal que, se lesado, causa incapacidade para o trabalho, despesas com tratamento. Os bens atingidos pelo dano moral são os direitos da personalidade, como a honra, a dignidade, a intimidade, a imagem, o bom nome, entre outros. Estão previstos no artigo 5º, incisos V e X, da Constituição Federal.

No primeiro capítulo foi feita uma análise geral da responsabilidade civil, desde a sua origem até os dias hodiernos. Com isso, busca-se uma base para o desenvolvimento dos capítulos seguintes, importantes para a elucidação do tema. Passa-se agora ao segundo capítulo, que abordará o profissional da Medicina em todos os seus aspectos.

## CAPÍTULO II

### 2. PROFISSIONAL MÉDIC

A Medicina vem se utilizando de conhecimentos de outras ciências e tem avançado rapidamente nos últimos anos, desmembrando-se em várias especialidades e áreas de atuação, que são regulamentadas pelo Conselho Federal de Medicina por meio de resoluções. É muito importante que os profissionais da Medicina conheçam bem tais resoluções, pois o exercício de sua profissão, além de norteado pela ética, também dependem da prática correta dos atos médicos permitido pela legislação médica.

O médico é o único ser humano apto a atuar como agente profissional da Medicina. Ele deve ter uma formação técnico-científica constantemente atualizada e uma larga experiência. Novos meios de prevenção e tratamento de doenças surgem, e o médico deve acompanhar tal evolução para que possa prestar ao paciente o melhor atendimento possível, dentro da ética e da lei.

Qualquer pessoa que queira seguir a profissão de médico deverá realizar exame vestibular para ingresso no curso de Medicina, numa universidade reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC). São 06 (seis) anos no curso de graduação da faculdade, 02 (dois) a 04 (quatro) anos de residência médica, podendo ser seguida de pós-graduação por 02 (dois) a 04 (quatro) anos, aproximadamente, dependendo da área. Dessa forma, será o médico considerado capacitado para exercer a Medicina, mediante fornecimento de diploma de conclusão do curso superior.

Após a fase de capacitação segue-se a da habilitação. Esta consiste no registro junto ao Conselho Regional de Medicina, o qual declara a possibilidade do graduado exercer a profissão de médico. Todavia, a habilitação só ocorrerá se o

órgão habilitador confirmar a legalidade do processo de capacitação e a regularidade do diploma fornecido pela universidade.

Enfim, o profissional de Medicina, depois de capacitado, deve se habilitar no CRM do estado onde pretende exercer, a profissão, a fim de se obter uma segurança nas prestações dos serviços médicos, com responsabilidade técnica, ética e legal.

## **2.1 Qualificação profissional**

### **2.1.1 Residência Médica**

O médico residente é o médico recém formado que, para especializar-se em determinada área da Medicina, deve fazer o curso de residência médica, com duração mínima de 02 (dois) anos, para obter o título de especialista. Nas palavras de Souza (2008, p. 145), *“é o profissional da Medicina que realiza aprendizado de pós-graduação, em serviço”*.

Acerca do funcionamento da residência médica, Moraes (2002, p. 87) explica que:

A residência médica alicerça-se na tríglia do T, treinamento tutelado no trabalho, trata do exercício imediato da profissão, feito sob a orientação de professor bem formado e experiente, isso possibilita ao jovem o conhecimento adequado da Medicina, de como ela é exercida, além de propiciar a vivência da clínica em tempo reduzido.

A Residência Médica foi criada pelo Decreto nº. 80.281/77, bem como a Comissão Nacional de Residência Médica, responsável pelo credenciamento e fiscalização dos programas de residência em Medicina. Posteriormente, foi regulada pela Lei nº. 6.932, de 7 de julho de 1981, que prevê em seu artigo 1º:

Art. 1º. A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço,

funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

Segundo a Lei 6.932/81, a CNRM credenciará as instituições de saúde que irão oferecer os programas de residência médica, sendo vedado o uso de tal expressão *“para designar qualquer programa de treinamento médico que não tenha sido aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica”*, como dispõe o § 2º do art. 1º.

O médico, depois de graduado, poderá escolher uma das áreas da Medicina atualmente reconhecidas em que tenha interesse de desenvolver seus conhecimentos, submeter-se ao processo de seleção do programa e, se aprovado, cursar a residência médica, com o fito de tornar-se especialista na área escolhida, em observância ao artigo 2º da Lei 6.932/81.

O artigo 6º da Lei 6.932/81 estabelece que:

Art. 6º. Os programas de Residência Médica credenciados na forma desta Lei conferirão títulos de especialistas em favor dos médicos residentes neles habilitados, os quais constituirão comprovante hábil para fins legais junto ao sistema federal de ensino e ao Conselho Federal de Medicina.

Ou seja, o médico devidamente aprovado no curso de residência, será considerado especialista na área que escolheu, desde que o programa de residência médica seja reconhecido pela CNRM. Após a residência médica, mediante aprovação, o título de especialista ou certificado de área de atuação em determinado campo da Medicina são obtidos. Após todo o trâmite legal, o certificado de conclusão de residência médica é expedido pela Associação Médica Brasileira.

### **2.1.2 Especialidades e Áreas de Atuação da Medicina**

Na Medicina antiga existia a figura do médico generalista, ou seja, o profissional que tinha conhecimento sobre todas as áreas do corpo humano, em face

da grande precariedade científica da época. Com o avanço científico e tecnológico, o campo de atuação da Medicina aumentou progressivamente. Dessa forma, o surgimento de especialidades médicas é contínuo, levando vários profissionais a conhecer profundamente uma área específica, reduzindo sua extensão do conhecimento médico.

Assim, após a residência médica, todo profissional deve escolher uma das especialidades ou áreas de atuação da Medicina, a fim de aprimorar-se cada vez mais nos serviços de saúde que vai prestar ao paciente.

Conceitua-se especialidade, segundo o Anexo I da Resolução CFM 1.634/2002, como o *“núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de segmentos da dimensão biopsicossocial do indivíduo e da coletividade”*.

Área de atuação, conforme Anexo I, Resolução CFM 1.634/2002, é a *“modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades”*.

As especialidades e áreas de atuação médicas foram relacionadas na Resolução do Conselho Federal de Medicina nº. 1.634, de 11 de abril de 2002, que foi fruto do convênio celebrado entre o CFM, a Associação Médica Brasileira – AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, onde foi instituída a Comissão Mista de Especialidades – CME, responsável pela criação e reconhecimento de especialidades e áreas de atuação médicas.

Essa resolução proíbe a divulgação de especialidade ou área de atuação que não seja reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina ou pela Comissão Mista de Especialidades, esta formada pela atuação em conjunto do CFM, pela AMB e pela CNRM. Ainda segundo a resolução, o médico só poderá declarar-se vinculado a determinada especialidade ou área de atuação se possuir o Título de Especialista correspondente, registrado no Conselho Regional de Medicina.

A Resolução nº. 1.634/2002 também aprovou o Convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica. No convênio, foram estabelecidos critérios para o reconhecimento, a denominação, o modo de concessão e registro de título de especialista e certificado de área de atuação médica, especificando as seguintes funções: à CNRM cabe credenciar e autorizar o funcionamento dos programas de residência médica; à AMB, orientar e fiscalizar a forma de concessão de títulos e certificados; e ao CFM, registrar os títulos e certificados.

As especialidades reconhecidas são organizadas em sociedades, em sua maioria. Assim, após obter o título de especialista, o médico pode ingressar como membro efetivo da sociedade correspondente.

Em anexo ao trabalho, está a resolução que regulamenta as especialidades e áreas de atuação médicas, bem como o convênio celebrado entre os organismos responsáveis pela regulamentação da profissão médica.

### **2.1.3 Certificação de Atualização Profissional**

Para dar maior credibilidade ao exercício da Medicina, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução nº. 1.772/2005, que instituiu o Certificado de Atualização Profissional para portadores de títulos de especialista e certificados de áreas de atuação. Essa resolução também criou a Comissão Nacional de Acreditação, instituição responsável pela coordenação da emissão dos certificados e pela elaboração de normas e regulamentos para a atualização profissional.

Segundo o § 1º do art. 1º, o processo de certificação passou a vigorar a partir de 01 de janeiro de 2006. Os portadores de títulos de especialista e certificados de áreas de atuação, emitidos a partir desta data, terão o prazo de 05 (cinco) anos para se submeterem ao processo de atualização profissional. A submissão a esse processo é obrigatória, sob pena da perda desses títulos e/ou certificados (§ 2º, art. 1º).

Já aos portadores de títulos e certificados emitidos até 31 de dezembro de 2005 é facultado aderir ao processo de certificação de atualização profissional. Se não aderirem, continuarão com seus títulos de especialista e/ou certificados de áreas de atuação inalterados nos Conselhos Regionais de Medicina.

Os Certificados de Atualização Profissional nas especialidades e áreas de atuação reconhecidas terão validade de 05 (cinco) anos e darão direito a seu uso para divulgação e publicidade. Se a certificação de atualização profissional for divulgada sem ter sido comprovada, o profissional incorrerá em falta ética grave (§ 5º, art. 1º).

Em artigo publicado no jornal Folha de São Paulo, os médicos Eleuses Vieira de Paiva e Fabio Biscegli Jatene destacam a importância da revalidação dos títulos de especialista. Eles afirmam que:

O tema, nos moldes em que está sendo proposto, tem como principal finalidade criar o hábito do estudo continuado e está baseado em sistema de créditos que o médico vai acumulando ao longo de cinco anos, ao final dos quais, tendo atingido a pontuação mínima, seu título estará automaticamente revalidado. Esses créditos poderão ser obtidos com a participação em cursos, simpósios e congressos, ou a realização de trabalhos científicos, entre outras atividades. Para ter uma idéia mais aproximada, quem comparecer a pelo menos um congresso nacional da sua especialidade anualmente conseguirá somar a maioria dos pontos necessários para a revalidação do seu título ao final de cinco anos.

Vê-se, portanto, o destaque que a certificação de atualização profissional apresenta para um melhor aprimoramento do conhecimento dos médicos, com a consequente acreditação dos títulos de especialista e certificados de áreas de atuação atualmente reconhecidos pela Medicina.

## **2.2 Código de Ética Médica**

O Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº. 1931/2009, foi publicado em 17 de setembro de 2009 e passou a vigorar cento e oitenta dias após essa data, mais precisamente no dia 13 de abril de 2010. É o sexto código

reconhecido no Brasil. As normas nele contidas dizem respeito ao exercício da profissão médica, exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, bem como o exercício de quaisquer outras atividades que se utilizem dos conhecimentos da Medicina.

O código é composto de vinte e cinco princípios fundamentais do exercício da Medicina, formando o Capítulo I; dez normas diceológicas, relativas aos direitos dos médicos (Capítulo II); cento e dezoito normas deontológicas, que dispõem acerca da responsabilidade profissional, direitos humanos, relação com paciente e familiares, doação e transplante de órgãos e tecidos, sigilo profissional, dentre outros aspectos importantes.

Nos princípios fundamentais, destaca-se a importância da Medicina a serviço da saúde do homem e da coletividade, bem como defender sua integridade física e moral. Frisa-se também a responsabilidade do médico em trabalhar pelo bom atendimento do paciente, zelar pela ética na profissão, aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente. O Capítulo I reúne as regras norteadoras da conduta ética do profissional da Medicina.

Entre os direitos dos médicos, Capítulo II, tem-se: o de exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza (I); recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais (IV); decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo (VIII).

A Medicina tem uma função social: preservar a saúde e o bem-estar dos pacientes, dentro dos limites estabelecidos no Código de Ética Médica. Por essa razão, o novo código dedicou um capítulo exclusivo aos direitos humanos que devem ser respeitados pelo médico no exercício da profissão. Assim, é vedado ao

médico, no artigo 24, “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”; no artigo 23, “tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto”; no artigo 25, “deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem”.

Em relação à responsabilidade profissional, é vedado ao médico causar dano ao paciente por ação ou omissão, nas modalidades de imperícia, negligência ou imprudência (art. 1º), deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato médico que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido por paciente ou seu representante legal (art. 4º), afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave (art. 8º).

Ainda sobre a responsabilidade do médico, o art. 11 estabelece que é vedado:

Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

O médico deve informar ao paciente o diagnóstico, prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento ao qual se submeterá, além de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento em seu favor, desde que sejam reconhecidos cientificamente e ao alcance do médico.

O profissional da Medicina não deve expor seus pacientes. Dessa forma, qualquer divulgação de casos clínicos identificáveis em anúncios profissionais ou artigos médicos, em qualquer meio de comunicação, mesmo com autorização do paciente, é vedada (art. 75). Não pode o médico, também, revelar informações

confidenciais obtidas em exames médicos realizados em trabalhadores, ainda que os dirigentes das empresas ou instituições exijam tal informação, salvo se o sigilo puser em risco a saúde dos demais trabalhadores ou da comunidade.

Quanto a pacientes menores de idade, o sigilo profissional não deve ser violado, inclusive a seus pais ou representantes legais, quando aqueles tiverem capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação causar perigo ao paciente.

É importante salientar que o sigilo profissional do médico não deve ser revelado mesmo que o paciente tenha falecido ou o fato tenha sido de conhecimento público. Também, o médico não pode revelar segredo quando de seu depoimento como testemunha e em investigação de suspeita de crime se a violação de segredo médico expuser o paciente a processo penal.

O Código de Ética Médica é salutar para o bom exercício da profissão médica e todos os profissionais da Medicina devem ter conhecimento de suas normas, a fim de preservar direitos e deveres relativos à classe profissional e à sociedade que se utiliza dos serviços de saúde disponíveis.

### **2.2.1 Direitos do Paciente**

Mesmo existindo uma norma legal que proteja o paciente, resguardando seus direitos, nota-se que muitas vezes há um completo desconhecimento por parte do mesmo. Além de um desconhecimento das leis civis brasileiras que o protegem em muitas situações, as pessoas em geral desconhecem o Código de Ética Médica. Por esse motivo, Mendes (2006, p. 28) afirma que o paciente *“só reclama frente a insucessos da terapêutica, pela demora, falta de atendimento, ou atitudes descorteses por parte da equipe médica hospitalar”*.

É muito importante o conhecimento de seus direitos para que o paciente possa exigir o que realmente lhe é devido. Dessa forma, o médico poderá

desempenhar seu papel profissional com mais segurança, sem invadir a esfera íntima do paciente, e ao mesmo tempo prestar-lhe um atendimento de qualidade.

Um dos direitos de todo paciente é ter acesso à saúde gratuita, garantida pelo Estado através do Sistema Único de Saúde – SUS. É obrigação do Estado tratar do paciente, reduzindo os riscos de doenças e visando o acesso igualitário e universal de todos. Tal direito é expressamente previsto na Constituição Federal, no artigo 196. Todavia, sabe-se que o SUS não é o modelo de prestação de serviços de saúde avançada, pois esta requer muitos investimentos em mão-de-obra e equipamentos, mas os recursos financeiros são insuficientes e mal gerenciados para que a saúde pública tenha um elevado padrão.

O paciente tem o direito de ser informado de seu diagnóstico, prognóstico, dos riscos e objetivos do tratamento clínico ou cirúrgico. O médico deve esclarecer ao paciente os eventuais riscos e efeitos que certos tratamentos, exames ou qualquer outro procedimento médico podem trazer. Estamos diante do consentimento informado do paciente, pelo qual este assina um termo de ciência e anuência ao tratamento que vai se submeter. O artigo 15 do Código Civil estabelece que *“ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”*. Nesse diapasão, faz-se mister o consentimento do paciente ou de seu representante legal.

Mesmo sendo necessária a anuência do paciente ou de seu representante para qualquer procedimento médico a ser realizado, há casos em que o médico tem a obrigação de agir. Nas urgências e emergências e em casos de risco de vida, o médico tem o dever de prestar atendimento, mesmo sem o consentimento informado do paciente e mesmo quando este se opuser, nos casos de estado de necessidade. Deve haver iminente perigo de vida que justifique a conduta do médico em prestar socorro mesmo sem a vontade do paciente.

A dignidade do paciente deve ser respeitada. Deve ser tratado com civilidade, consideração, e não sofrer qualquer forma de discriminação. A integridade física e mental também é direito do paciente previsto no Código de Ética Médica.

Outro direito do paciente é de não ser abandonado pelo médico que o acompanha. O médico deverá se empenhar em realizar e acompanhar o tratamento. Contudo, o médico pode encaminhar seu paciente a outro profissional que seja mais adequado, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, fornecendo todas as informações necessárias ao novo médico para que este dê continuidade à prestação do serviço médico. Com esse comportamento, o profissional atende às expectativas do bom atendimento além de prezar pelo tratamento adequado do paciente.

O médico não pode receitar, atestar ou emitir laudos ilegíveis e de forma secreta a pacientes, segundo o artigo 11 do Código de Ética Médica. Ao assinar receitas, atestados e laudos médicos, o profissional deve identificar o número do seu registro no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, bem como não deve assiná-los se estiverem em branco. Tal exigência é fundamental para que o paciente possa identificar se o médico realmente é um profissional habilitado e também para que não seja vítima de fraudes.

São muitos os direitos dos pacientes que lhes asseguram um atendimento e tratamento digno por parte do médico, todos previstos no Código de Ética Médica. A observância de todos os dispositivos assegura à coletividade uma melhor prestação dos serviços de saúde e aos médicos uma profissão digna e respeitada.

### **2.3 Exercício Ilegal da Medicina**

O exercício ilegal da Medicina configura-se no agir de qualquer pessoa que desempenha atos privativos dos profissionais médicos, sem o devido registro na entidade de classe competente que lhe garanta capacidade profissional e legal para tanto. Ocorrerá também pelo próprio profissional habilitado, quando este exceder os limites de sua profissão ou não ter concluído todas as etapas necessárias para que sua formação médica fosse completa.

Nas palavras de Moraes (2002, p. 161):

Não é só o leigo que pode exercer ilegalmente a Medicina, podendo também o médico incorrer em tal condição, bastando, para tanto, não ter completada regularização de sua documentação, como no caso daquele que, embora tenha o diploma de médico, esteja exercendo a profissão sem registrar-se no Conselho Regional de Medicina.

É no artigo 282 do Código Penal Brasileiro que está previsto o exercício ilegal da Medicina. Para se configurar o crime, é indispensável que a prática seja reiterada, com a finalidade de obter lucro ou não. Mesmo os estudantes de Medicina, que detêm um certo conhecimento na área, também podem exercê-la ilegalmente, pois ainda não são habilitados e autorizados a praticarem atos privativos dos profissionais, ou seja, não podem assinar receituários, fazer consultas, etc.

As espécies mais comuns do exercício ilegal da Medicina são o Charlatanismo e o Curandeirismo, previstos no Código Penal Brasileiro, analisadas a seguir.

### **2.3.1 Charlatanismo**

O artigo 283 do Código Penal prevê o charlatanismo como *“inculcar ou anunciar cura por meio secreto ou infalível”*. Ou seja, é a recomendação, sugestão e anúncio de métodos infalíveis de cura, com vantagens fraudulentas. Os métodos prometidos para obter benefícios à saúde não são revelados, pois o praticante de charlatanismo alega que são poderes ocultos que os trazem.

Moraes (2002, p. 162) esclarece que charlatanismo é uma *“palavra que deriva do italiano ciarlare e significa charlar, tagarelar. Trata-se do exercício da Medicina por não-médicos ou mesmo médicos que utilizam práticas não justificadas”*.

É necessário, para configurar-se o charlatanismo, que a promessa de cura seja pública, seja anunciada, mas os métodos utilizados sejam secretos. O importante é que as pessoas sejam induzidas a acreditar que o resultado que se promete (a cura) vai ser alcançado.

Muitos médicos, almejando vantagens pecuniárias, se utilizam do charlatanismo para captação de clientela. Prometem métodos infalíveis de tratamento e cura, aproveitando-se da vulnerabilidade e falta de conhecimento técnico dos pacientes. Infelizmente, essas condutas praticadas por profissionais da saúde tornam-se cada vez mais corriqueiras.

### **2.3.2 Curandeirismo**

No curandeirismo há utilização de meios não reconhecidos pela ciência como seguros ou eficazes, para a cura, explorando a boa vontade e fé de pessoas. Não há a utilização de recursos advindos da Medicina.

O artigo 284 do Código Penal diz que o curandeirismo é a prática de prescrever, ministrar ou aplicar, habitualmente, qualquer substância, bem como usar gestos, palavras ou qualquer outro meio não utilizado ou reconhecido pela prática médica para a cura, ou fazer diagnósticos sem a capacitação profissional.

O Tribunal de Justiça do Distrito Federal, por seu Relator Ministro José Arnaldo da Fonseca, firmou entendimento no sentido de que:

Se os agentes manipulam fórmulas medicamentosas sem a devida habilitação legal e, da mesma forma, realizam orações e técnicas esdrúxulas, prometendo curas prodigiosas com objetivo primacial de lucro, aplicam-se-lhes os artigos 282 e 284, do Código Penal, nas suas formas qualificadas. (HC 36244).

As duas modalidades de exercício ilegal da Medicina causam danos que devem ser reparados. Por se tratar de crimes contra a saúde pública, o Estado tem o dever de proteger os interesses da coletividade, sendo assim, o Código Penal prevê penas de detenção de três meses a dois anos, e multa, dependendo do tipo penal praticado (charlatanismo ou curandeirismo): Existem, também, reflexos civis que ensejam indenizações. O dano causado pode ser material, moral e até estético, dependendo do resultado da conduta lesiva.

Não resta dúvida quanto à potencialidade lesiva dos atos praticados por profissionais da Medicina. Não só médicos devidamente registrados nos conselhos competentes, mas também estudantes e qualquer outra pessoa podem se utilizar dos conhecimentos que a Medicina oferece para atingir a integridade física de outrem.

Após uma abordagem ampla do profissional médico, desde sua formação acadêmica até as condutas que deve ter na profissão, passa-se ao estudo das consequências que decorrem de sua atuação profissional.

## CAPÍTULO III

### 3. RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO

#### 3.1 Relação profissional-paciente

Durante muito tempo a natureza jurídica da relação médico-paciente foi discutida: se era contratual ou extracontratual; se a obrigação assumida pelo médico era de meio ou de resultado. Tal discussão se deu pela inserção da responsabilidade médica no capítulo do Código Civil atinente aos atos ilícitos. Atualmente, a doutrina e jurisprudência dominantes no Brasil reconhecem o caráter contratual dessa relação, principalmente com o advento do Código de Defesa do Consumidor, que regula a responsabilidade dos profissionais liberais.

Ressalte-se, porém, que mesmo tendo características de uma relação contratual, o contrato celebrado entre o médico e o paciente é atípico, inominado, mas não estranho à legislação civil brasileira. O artigo 425 do Código Civil vigente diz que “é lícito às partes estipular contratos atípicos, observadas as normas gerais fixadas neste Código”. Assim, tal contrato é regido pelas disposições gerais do Código Civil em relação a negócios jurídicos.

O contrato médico é *sui generis*, pois tem características próprias, em virtude de não ser disciplinado por lei. Sua forma é livre e informal. Souza (2008, p. 59) assegura que “*devido à sua informalidade, consolida-se este vínculo contratual a partir de atos singelos como uma marcação de consulta, um contato pessoal, ou mesmo, um telefonema*”. Importante apenas que se prove a existência de liame entre as partes para que o contrato gere os direitos e obrigações pertinentes.

Pode ser considerado, ainda, um contrato *intuitu personae*, pois é pessoal, realizado com determinado médico. Pode ser gratuito ou oneroso. Nesse diapasão,

pode-se considerar gratuito quando o paciente se valer do Sistema Único de Saúde, onde a prestação dos serviços médicos é uma obrigação do profissional sem a contraprestação pecuniária do paciente. No contrato oneroso, a contraprestação se segue à prestação, ou seja, em troca dos serviços médicos o paciente deve remunerá-los.

Quanto ao objeto do contrato médico-paciente, segundo Giostri (2002, p. 67) *“ele deverá ser sempre a prática de atos lícitos, de tratamentos e cirurgias permitidas por lei e pelas disposições administrativas, morais e éticas que regulam a prática da Medicina e disciplinam o relacionamento com o paciente”*. Dessa forma, mesmo não tendo previsão legal, o contrato atípico se reveste de validade e eficácia, como negócio jurídico, quando apresentar objeto lícito, possível, determinado ou determinável, agente capaz e, no caso, forma não defesa em lei, como reza o artigo 104 do Código Civil.

Mesmo sendo considerada contratual a relação entre o médico e o paciente, há casos em que a responsabilidade médica migrará para o âmbito da extracontratualidade. Diniz (2005, p. 307) elenca alguns atos que ensejam a responsabilidade extracontratual do médico, a saber:

- a) Fornecer atestado falso;
- b) Consentir, podendo impedir, que pessoa não habilitada exerça a Medicina;
- c) Permitir a circulação de obra por ele escrita com erros de revisão relativos à dosagem de medicamentos, o que vem a ocasionar acidentes ou mortes;
- d) Não ordenar a imediata remoção do ferido para um hospital, sabendo que não será possível sua melhora nas condições em que o cliente está sendo tratado;
- e) Operar sem estar habilitado para tal;
- f) Lançar mão de tratamento cientificamente condenado, causando deformação no paciente.

Outro aspecto importante a ser analisado, além da natureza da relação médico-paciente, é saber se a obrigação resultante do contrato é de meio ou de resultado, a fim de apurar precisamente a responsabilidade civil do médico quando do descumprimento do contrato. Abordaremos em seguida esse tema.

### 3.1.1 Obrigação de Meio e de Resultado

Como demonstrado, a relação jurídica entre médico e paciente tem natureza contratual, em regra. Diante disso, as partes contratantes têm obrigações recíprocas que devem ser cumpridas, sob pena de serem responsabilizadas com as sanções previstas na legislação civil brasileira.

Venosa (2007, p. 05) define obrigação como “*uma relação jurídica transitória de cunho pecuniário, unindo duas (ou mais) pessoas, devendo uma (o devedor) realizar uma prestação à outra (o credor)*”. A obrigação que decorre do contrato médico é transitória, pois alcançado o objetivo extingue-se; pode ter cunho pecuniário, mas também pode ser gratuita, como visto antes. Nessa relação existem dois sujeitos: o médico (devedor) e o paciente (credor), cada um realizando sua parte prevista no contrato.

As obrigações podem ser de meio e de resultado. A distinção entre elas é importante para aferição do descumprimento de uma obrigação. Na primeira, deve-se provar que o contratado agiu culposamente no descumprimento do contrato, enquanto na obrigação de resultado, a culpa é presumida, bastando apenas provar que houve inexecução da obrigação.

Trazendo esses conceitos para a responsabilidade civil médica, tem-se que a obrigação assumida pelo médico é de meio e não de resultado. Isto porque o profissional não se compromete a curar o paciente, mas proporcionar todo o aparato necessário ao seu tratamento, utilizando-se de todos os meios eficazes e disponíveis na Medicina, com o escopo de obter êxito ao final.

Nas palavras de Souza (2008, p. 59):

No caso do médico, este se obriga a ser diligente e prudente empregando dentro do estado da arte – dentro da *lex artis* – todos os meios disponíveis, naquele local e naquele momento, para alcançar sucesso no tratamento de um determinado paciente nunca, por óbvio, comprometendo-se com a cura, pois escapa, esta promessa, às suas reais possibilidades no exercício da Medicina, devido às

limitações desta, aliadas à imprevisibilidade dos fenômenos biológicos dos quais é sede o corpo humano.

Ao final do tratamento, se não for obtido o efeito esperado, não há que se falar em inexecução contratual por culpa do médico, há menos que se comprove que ele não adotou todas as medidas necessárias para se chegar a um resultado positivo, caso em que será responsabilizado por uma das modalidades de culpa: imprudência, negligência ou imperícia.

Vale lembrar que a responsabilidade civil do profissional médico é subjetiva e, para se chegar à responsabilização, a culpa deve ser provada. O insucesso no diagnóstico ou no tratamento, clínico ou cirúrgico, deverá ser provado pelo lesionado. O Código de Defesa do Consumidor esclarece que o profissional liberal, no caso, o médico, deve ser responsabilizado mediante verificação de culpa. Essa previsão de responsabilidade subjetiva encontra-se no § 4º do artigo 14 do CDC.

Em regra, o ato médico é uma obrigação de meio; todavia, haverá casos em que a obrigação será de resultado. Tal ocorrerá no caso da atividade dos cirurgiões plásticos com finalidade estética, que assumem o compromisso de atingir um resultado específico, ou seja, a perfeição estética do paciente.

Sobre o assunto, é importante fazer a distinção entre cirurgia corretiva e cirurgia estética. A corretiva, segundo Cavalieri Filho (2008, p. 380), "*tem por finalidade corrigir deformidade física congênita ou traumática*". Ou seja, o paciente adquiriu uma deformidade através de um acidente automobilístico, de queimadura ou mesmo um acidente doméstico. Ou então a pessoa já nasceu com qualquer outro tipo de deformidade (congênita) e, para minorar o defeito ou facilitar o cotidiano, em alguns casos, o paciente submete-se à cirurgia plástica corretiva. Nesses casos de cirurgia corretiva, a obrigação do médico continua sendo de meio, pois não pode garantir eliminar completamente o defeito do paciente.

A cirurgia estética tem finalidade embelezadora, onde o paciente procura o cirurgião plástico para melhorar sua aparência que, no seu íntimo, considera como desagradável. Há uma correção de imperfeições no aspecto físico da pessoa, como

eliminação de rugas, afinamento de nariz etc. Aqui a obrigação do profissional médico será de resultado, pois o paciente queria exatamente esse resultado e o médico se compromete a proporcioná-lo. Se o resultado não era possível, o médico deve abster-se de realizar a cirurgia e informar ao paciente os riscos inerentes ao resultado pretendido.

A respeito da obrigação de resultado do médico em cirurgias estéticas, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça adotou a seguinte orientação:

Contratada a realização da cirurgia estética embelezadora, o cirurgião assume obrigação de resultado (responsabilidade contratual ou objetiva), devendo indenizar pelo não-cumprimento da mesma, decorrente de eventual deformidade ou de alguma irregularidade. No procedimento cirúrgico estético, em que o médico lida com paciente saudável que apenas deseja melhorar sua aparência física e, conseqüentemente, sentir-se psicologicamente melhor, estabelece-se uma obrigação de resultado que impõe ao profissional da Medicina, em casos de insucesso da cirurgia plástica, presunção de culpa, competindo-lhe ilidi-la com a inversão do ônus da prova, de molde a livrá-lo da responsabilidade contratual pelos danos causados ao paciente em razão de ato cirúrgico (REsp 81.101 – PR, rel. Min. Waldemar Zveiter, DJU, 31.05.1999, RSTJ, 119/290 e RT, 767/111).

Nas obrigações de resultado, há presunção de culpa do médico, pois não cumpriu aquilo pelo qual especificamente se obrigou, cabendo a ele provar que não foi o responsável pelo inadimplemento do contrato, ocorrendo a inversão do ônus da prova prevista no Código de Defesa do Consumidor. É o que hoje muitos julgados brasileiros expressam.

O erro médico é a quebra do contrato de serviço firmado entre o médico e o paciente. A obrigação que advém do contrato é de meio, e sua inexecução deve ser apurada mediante prova de culpa do médico. Sendo assim, aplica-se à atividade médica a responsabilidade subjetiva, já demonstrada em linhas anteriores e amparada pelos artigos 186 (*“Aquele que por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”*) e 951 (*“O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do*

*paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho*) do Código Civil e também pelo §4º do artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor.

### **3.2 Culpa *lato sensu***

Como visto no capítulo 1, a culpa é um dos pressupostos da responsabilidade civil. Ela compreende o dolo e a culpa em sentido estrito. O primeiro é a violação intencional do direito, e a segunda, é o comportamento negligente ou imprudente do autor do dano. O artigo 186 do Código Civil preceitua *“aquele que por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”*. Tem-se, portanto, a previsão expressa da culpa *“lato sensu”* nas suas duas variações: dolo (ação ou omissão) e culpa *stricto sensu* (negligência ou imprudência).

Diniz (2005, p. 46) conceitua o dolo como *“a vontade consciente de violar o direito, dirigida à consecução do fim ilícito”*. É a vontade deliberada de causar dano a outra pessoa. Nesse caso, o autor, desde quando inicia os atos preparatórios do dano, já previa o resultado. Existe o conhecimento da ilicitude do fato e, por consequência, do prejuízo que irá causar.

Ainda a respeito do dolo, vejamos a posição de Cavalieri Filho (2008, p. 31/32):

Ressai desses conceitos que o dolo tem por elementos a representação do resultado e a consciência da sua ilicitude. Representação é, em outras palavras, previsão, antevisão mental do resultado. Antes de desencadear a conduta, o agente antevê, representa mentalmente, o resultado danoso e o elege como objeto de sua ação. E assim é porque somente se quer aquilo que se representa.

A culpa *stricto sensu* abrange a imperícia, a negligência e a imprudência. Ela também é denominada de culpa aquiliana. É baseada na falta de diligência do agente, o que poderia evitar o resultado. Não há nenhuma intenção de violar um dever jurídico, no entanto, a falta do dever geral de cautela ou o dever de cuidado

por parte do autor do dano poderá resultar em prejuízo punível, mesmo não tendo previsto o resultado.

Na culpa em sentido estrito, o sujeito não queria praticar um crime, sequer previa o resultado danoso do fato. Existe a ocorrência de um resultado (dano) não querido, mas que ocorreu pela inobservância de um dever objetivo de cuidado. É fundada na imprudência, imperícia e négligência, conceitos que serão expostos em tópico posterior.

A doutrina faz uma exceção à culpa *stricto sensu*: a culpa consciente. Enquanto na culpa em sentido estrito o resultado não foi previsto pelo sujeito, mesmo sendo previsível, na culpa consciente o agente previu o resultado, mas acreditou que não fosse ocorrer ou que poderia evitá-lo.

Ao mesmo tempo em que o autor do dano prevê a possibilidade de um resultado diverso do pretendido, prevê também que o evento não se realizará ou, com base em uma convicção infundada, que poderá evitá-lo.

Sobre a culpa consciente, Carvalho (2005, p. 39) diz que *“nesta última modalidade, o resultado danoso é previsto, apesar de acreditar o agente, levemente, que o mesmo não vá ocorrer ou que, em última hipótese, poderá evitá-lo; é a culpa (culpa em sentido estrito) com previsão”*.

A culpa em sentido lato abrange o dolo e a culpa em sentido estrito, como norteadores da responsabilidade civil subjetiva. O primeiro geralmente não ocorre em casos de erro médico. Na maior parte dos casos, o erro médico se configura em conduta culposa (culpa *stricto sensu*) do médico, seja em culpa consciente (exceção demonstrada a pouco) ou na culpa inconsciente (imprudência, imperícia e negligência), esta mais comum em casos de erros médicos nos tribunais.

### 3.3 Erro médico e suas modalidades

O erro médico é o resultado que advém da ação ou omissão do profissional que cause dano ao paciente. Pode ser causado por comportamento imprudente ou negligente do médico, ou ainda por imperícia.

Em artigo publicado no site Erro Médico, de autoria desconhecida, tem-se a seguinte definição:

Erro médico é a falha do médico no exercício da profissão. É o mau resultado ou resultado adverso decorrente da ação ou da omissão do médico, por inobservância de conduta técnica, estando o profissional no pleno exercício de suas faculdades mentais. Excluem-se as limitações impostas pela própria natureza da doença, bem como as lesões produzidas deliberadamente pelo médico para tratar um mal maior.

Só pode haver imputação de erro ao médico se houver a comprovação do nexo de causalidade entre o procedimento do médico e o mau resultado para o paciente, ou seja, comprovação de que o médico concorreu, mediante culpa, para que o resultado não atingisse o objetivo esperado.

As modalidades de erro médico merecem destaque para que, numa situação concreta, se verifique a participação do profissional no resultado final do paciente e sua consequente responsabilidade. São elas: erro profissional e erro de diagnóstico.

O erro profissional ou escusável não decorre de má conduta do médico e sim das limitações naturais da Medicina ou impossibilidade de um diagnóstico exato, o que pode levar o profissional a empregar uma técnica incorreta. É um acidente imprevisível que pode ocorrer até mesmo pela omissão de informações pelo próprio paciente, não colaborando para uma elaboração do diagnóstico correto ou no decorrer do tratamento.

Ocampo (2009), advogado especialista em Direito Médico, expõe em seu artigo publicado no site de jornalismo Rondoniagora as seguintes linhas sobre erro profissional:

Enquanto o erro médico é reflexo de uma conduta culposa, ou por imprudência, negligência ou imperícia, no erro profissional o médico agiu com adequação e zelo, dentro dos ditames éticos e científicos de sua atividade, porém foi levado ao insucesso em razão de fatores que lhe fogem do controle e que não podem ser exigidos pela impossibilidade imposta pelas naturais limitações técnicas de sua ciência. Aquele (erro médico) gera a obrigação de indenizar os danos sofridos pelo paciente, sejam materiais ou morais. No erro profissional, diferentemente, não há reflexo indenizatório, vez que ausente um dos requisitos da responsabilidade civil: a culpa.

No erro profissional o que existe é a falha do médico como qualquer ser humano, como ser falível que é. Resulta da imprecisão da arte médica e não há desvio dos preceitos científicos da Medicina; há o emprego de técnica incorreta. Nesse caso, em julgamentos que envolvam casos de erro médico, o juiz deve abster-se de apreciações de ordem técnica, ou seja, puramente científicas, que escapam à sua competência, limitando-se apenas a apurar a responsabilidade do profissional verificando se houve negligência, imprudência ou imperícia.

O diagnóstico médico é o conhecimento ou constatação do profissional acerca de uma doença ou quadro clínico de um paciente a partir de reações (sintomas) do seu organismo. É uma avaliação que irá determinar qual procedimento/tratamento será realizado a fim de curar ou minorar consequências que causem danos à saúde do paciente.

Para a cura ou um melhor tratamento, o médico deverá diagnosticar corretamente a doença, levando em conta os sintomas apresentados pelo paciente. Um diagnóstico errado poderá ensejar a responsabilidade do profissional, desde que seja grosseiro.

O erro de diagnóstico é a identificação incorreta de determinada patologia e suas causas, que poderá ter como consequência a má conduta do médico. Na realidade, o que realmente irá causar dano ao paciente não é o diagnóstico errado, e sim o erro de conduta, pois o primeiro pode ser corrigido após realização de exames mais detalhados e complexos, em face da diversidade de patologias catalogadas pela Classificação Internacional de Doenças - CID. No segundo caso, mesmo com o diagnóstico errado, o médico realiza intervenções cirúrgicas ou receita

medicamentos não recomendados ao quadro clínico do paciente, causando-lhe danos à saúde. Configura-se, assim, o erro grosseiro do profissional que deve ser responsabilizado por tal conduta.

Importante frisar que em casos de erro de diagnóstico, este só gera responsabilidade desde que inescusável, ou seja, desde que a identificação equivocada da doença resulte em recomendação de tratamento ineficiente ou desnecessário, trazendo prejuízos de ordem moral e material ao paciente. Aliado a isso, deve-se observar o avanço tecnológico de que dispunha o médico, se tinha possibilidade de chegar a um diagnóstico correto, além da própria complexidade da doença.

Para exemplificar o posicionamento da jurisprudência brasileira em situações de erro profissional e de diagnóstico, o acórdão da 6ª Câmara Cível do egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro prolatado no julgamento da AP. cível 5.174/92, do qual foi relator o Des. Laerson Mauro, decidiu o seguinte:

Responsabilidade civil – Erro médico – Configuração. Em vista de que o médico celebra contrato de meio, e não de resultado, de natureza *sui generis*, cuja prestação não recai na garantia de curar o paciente, mas de proporcionar-lhe conselhos e cuidados, proteção até com emprego das aquisições da ciência, a conduta profissional suscetível de engendrar o dever de reparação só se pode definir, unicamente, com base em prova pericial, como aquela reveladora do erro grosseiro, seja no diagnóstico como no tratamento, clínico ou cirúrgico, bem como na negligência à assistência, na omissão ou abandono do paciente etc., em molde a caracterizar falta culposa no desempenho do ofício, não convindo, porém, ao Judiciário lançar-se em apreciações técnicas sobre métodos científicos e critérios que, por sua natureza, estejam sujeitos a dúvidas, discussões, subjetivismos.

Pelo exposto, pode-se verificar que não é qualquer erro médico que enseja a responsabilidade do profissional, mas sim aquele propriamente dito, que decorre das situações onde existe culpa, nas modalidades de imprudência, imperícia e negligência, que serão analisadas a seguir.

### 3.3.1 Modalidades de Culpa Médica

Em tópico anterior, esboçamos um conhecimento geral sobre a culpa em sentido lato. Ela abrange o dolo e a culpa aquiliana (culpa *stricto sensu*), determinantes da responsabilidade civil subjetiva, adotada pela legislação civil brasileira. O primeiro raramente ocorre em casos de erro médico; já a culpa *stricto sensu*, na maioria dos casos, nas modalidades de imprudência, negligência e imperícia.

A falta de diligência em atos praticados por médicos pode gerar danos aos pacientes, mesmo que não tenha havido a intenção do profissional. Para se apurar essa responsabilidade, deve haver a prova da culpa do médico, ou seja, que ele tenha agido com negligência, imperícia ou imprudência.

A atividade médica é uma atividade de risco, que requer uma cautela necessária do profissional para que seus atos não venham causar danos aos pacientes. A falta de cuidado no desempenho de suas funções configura a conduta culposa do médico, ensejando sua responsabilidade pelas consequências que causou.

Cavaliere Filho (2008, p. 33) explica:

A inobservância desse dever de cuidado torna a conduta culposa – o que evidencia que a culpa é, na verdade, uma conduta deficiente, quer decorrente de uma deficiência da vontade, quer de inaptidões ou deficiências próprias ou naturais. Exprime um juízo de reprovabilidade sobre a conduta do agente, por ter violado o dever de cuidado quando, em face das circunstâncias específicas do caso, devia e podia ter agido de outro modo.

Como dito, a culpa *stricto sensu* ou culpa aquiliana abrange a imprudência, a negligência e a imperícia, que são formas de exteriorização da conduta culposa. Na imprudência, a conduta é praticada de forma perigosa, sem cuidado. A negligência é a abstenção de agir com cautela, atenção. Imperícia é falta de habilidade no exercício da profissão, sem os conhecimentos técnicos necessários.

Silva (2007, p. 26-28) refere-se às três modalidades de culpa aquiliana na atividade médica da seguinte forma:

A negligência é a culpa omissiva, oposto de diligência ou de ação cuidadosa. É a desatenção, distração, indolência, inércia, passividade. Assim, na área de saúde, podemos defini-la como a omissão de comportamentos recomendáveis pela prática e ciência médica. (...)

A imprudência é o oposto da previdência. É a leviandade, a irreflexão, o açodamento, a precipitação. Na área da saúde podemos defini-la como a utilização de procedimentos não recomendados pela prática e ciência médica. (...)

A imperícia é o oposto de perícia. É o despreparo ou a falta de habilidade. Na área da saúde pode ser definida com a deficiência de conhecimentos técnicos. (...)

À imperícia, hoje em dia, deve ser dada atenção redobrada na responsabilidade civil na área da saúde, já que em curtos espaços de tempo são criadas diversas especialidades médicas.

A doutrina considera a imprudência como positiva, pois o causador do dano pratica uma conduta da qual deveria abster-se, como é o caso de um médico que aplica uma injeção no paciente sem verificar antes se este é ou não alérgico ao medicamento. Já a negligência é negativa porque o sujeito deixa de fazer algo imposto pela ordem jurídica (conduta omissiva). Como exemplo, o médico que não toma os cuidados devidos ao realizar uma cirurgia, dando causa à infecção do paciente, ou que lhe esquece uma pinça no abdômen. A imperícia pode ser exemplificada por um médico que desconhece as reações alérgicas de determinado medicamento, embora comprovadas cientificamente, ou ainda quando o médico emprega determinada técnica ao executar uma intervenção cirúrgica em face de escusável erro de diagnóstico.

A negligência, a imprudência e a imperícia possuem características próprias, entretanto, algumas vezes podem se confundir. Para que o caso prático se enquadre numa dessas modalidades de culpa *stricto sensu*, necessário se faz a identificação através de traços precisos de cada uma: a imprudência consiste numa ação sem cuidado; a negligência, na omissão ou desprezo do dever de cuidado; e a imperícia, na falta de habilidade, inaptidão.

Para que o erro médico fique caracterizado, pelo menos uma das três modalidades de culpa *stricto sensu* (imperícia, imprudência e negligência) deverá estar presente na conduta do profissional da Medicina. Verificada a existência de uma das modalidades acima, o médico será responsabilizado, situação expressamente prevista no artigo 186 do Código Civil pátrio, *in verbis*, “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”. A responsabilidade médica também encontra amparo no artigo 951 do mesmo Código Civil, *in verbis*, “o disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho”.

Em casos de erro médico, geralmente está presente a culpa em sentido estrito (culpa aquiliana), no âmbito da responsabilidade civil. No entanto, deve-se estar atento à possibilidade da eventual ocorrência de dolo na conduta do profissional médico, posto que aquele (o dolo) está inserido na culpa *lato sensu* (culpa em sentido amplo), juntamente com a culpa aquiliana (*stricto sensu*).

Anteriormente fez-se referência a uma exceção da culpa *stricto sensu*: a culpa consciente. A negligência, imprudência e imperícia, modalidades da culpa em sentido estrito, são agrupadas no âmbito da culpa inconsciente. A culpa inconsciente é a culpa sem previsão do resultado, por parte do médico, apesar dele ser previsível. Na culpa consciente o resultado da conduta é previsto pelo agente, no entanto, ele acredita que efetivamente não vai ocorrer (o resultado).

Na culpa consciente o médico não aceita, não admite, que sua conduta no atendimento ao paciente traga como consequência um mau resultado, pois tem a convicção errônea de que este não vai ocorrer. Para exemplificar, cita-se o caso de médico que dá instruções a um paciente a respeito das reações adversas que um medicamento pode causar, tomando como suficiente sua explicação e, mesmo sabendo que existe a possibilidade do paciente não entender corretamente as suas orientações, não dá mais explicações, confia inteiramente que sua orientação foi suficiente, quando, na realidade, o paciente não compreendeu o que médico

explicou e, quando surgem os efeitos colaterais do medicamento, não toma as providências cabíveis, vindo a sofrer dano à sua saúde.

Segundo Souza (2008, p. 175):

Na culpa conscientê o médico não quer o resultado, nem mesmo assume o risco de produzi-lo. Sabendo ser possível, exemplificando, a morte, crê firmemente que não vai causá-la. O médico, mesmo sabendo ser possível o resultado infausto para o paciente, acredita piamente que possa evitá-lo. Mas, por uma falha na execução ou erro de cálculo o mau resultado para o paciente ocorre, embora o médico não querendo este tipo de resultado.

Enquanto que a conduta culposa do médico na culpa *stricto sensu* ocorre por falta de inobservância de um dever de cuidado, de cautela, exigido em determinadas situações, seja para agir ou não agir, ou ainda por falta de conhecimento técnico para realizar algo, sem previsão de dano, na culpa consciente o agente prevê o resultado, mas não o aceita como possível. Essa possibilidade não se pode excluir em casos de erro médico, mesmo tendo conhecimento de que na maioria das vezes este se caracteriza pela negligência, imprudência e imperícia.

### **3.3.2 Perda de Uma Chance**

A Teoria da Perda de Uma Chance foi desenvolvida na França, na década de 60, e é caracterizada por um tipo especial de dano. Segundo essa teoria, não é necessária a existência da relação de causalidade entre o dano e a culpa, pois o fato de o médico fazer um paciente perder a chance de cura ou de sobrevivência, por conduta sua, já configura o dano. No Brasil, essa teoria é muito recente, poucos são os julgados que a aplicam.

Chance é a probabilidade de se obter uma vantagem ou de se evitar uma perda. Assim, a indenização por perda de uma chance só ocorrerá se verificado que a probabilidade de sucesso era razoável, se realmente o paciente seria beneficiado, e não apenas uma possibilidade remota. Se o médico praticou ou deixou de praticar um ato que proporcionaria resultados de tratamento melhor, ou não permita que o

paciente ou seu responsável adote outras medidas diferentes da sua, cuja eficácia seria melhor, os danos que ocorrerem serão de responsabilidade do profissional.

De acordo com Neri Souza (2008, p. 84):

A presença da teoria *perte d'une chance*, em um atendimento médico-hospitalar, na sua avaliação em juízo, pode se dizer que fica bem caracterizada quando, mesmo que não se possa dizer com toda certeza que um paciente venha a se recuperar de uma determinada doença, seja possível se admitir que o paciente teve a perda de uma chance de se curar integralmente, ou até mesmo parcialmente, da sua doença, ou mesmo evoluiu para óbito, por não ter o médico empregado todos os meios de investigação e terapêutica, inclusive com o concurso de outros especialistas, à sua disposição para o tratamento da mesma.

A culpa do médico ficará caracterizada se não for dada ao paciente a oportunidade de obter uma vantagem, a chance de se recuperar de sua doença ou minimizar as sequelas existentes. A falta do médico consistirá em não se dar ao paciente todas as chances prováveis de cura ou sobrevivência, posto que sua obrigação é de meio. E para uma melhor identificação da culpa, é importante destacar que, para se configurar a chance perdida, esta deve ter a capacidade de comprometer a integridade física do paciente.

Pode-se exemplificar a perda de uma chance em casos que o médico não realiza exames específicos que podia e devia realizar para chegar a um diagnóstico correto, impedindo que o doente seguisse um tratamento médico adequado, a fim de conseguir a cura. Ou ainda, se o médico não utilizar os meios necessários e disponíveis de tratamento, inclusive com o aconselhamento de outros profissionais mais experientes ou de especialistas de outras áreas.

Para se falar em indenização pela perda de uma chance é necessário demonstrar a seriedade e realidade da chance perdida. Mera expectativa de certeza não realizada ou perdida não é passível de indenização. É preciso apurar as concretas possibilidades que o paciente tinha de conseguir o resultado, sob pena de tornar o médico responsável por tudo e dar ensejo a demandas levianas.

A Teoria da Perda de Uma Chance não é amplamente aplicada nos julgados dos Tribunais brasileiros. E sua manifestação não é explícita, aparece sob o fundamento de lucro cessante. Em sua obra, Venosa (2003, p. 201) exemplifica um caso de perda de uma chance, reconhecido pelos tribunais pátrios, *in verbis*:

Quando nossos tribunais indenizam a morte do filho menor com pensão para os pais até quando esse atingiria 25 anos de idade, por exemplo, é porque presumem que nessa idade se casaria, constituiria família própria e deixaria a casa paterna, não mais concorrendo para as despesas do lar. Essa modalidade de reparação de dano é aplicação da Teoria da Perda da Chance.

Mesmo ainda aplicada de forma tímida, a Teoria da Perda de Uma Chance é possível e viável no ordenamento jurídico brasileiro para se apurar a responsabilização médica decorrente de uma conduta culposa. O que se pune é o descumprimento da obrigação assumida pelo profissional, a desídia do médico no trato com o paciente. Não necessariamente será feito uso da teoria ora comentada, considerando que o julgador pode se utilizar dos fundamentos legais contidos no Direito nacional, perfeitamente adequados às situações de chances perdidas pelos pacientes em seus tratamentos médicos.

### **3.3.3 A Prova da Culpa**

A prova da culpa é imprescindível para se que se responsabilize o profissional da Medicina. Cabe ao paciente lesado provar que o médico agiu com imprudência, negligência ou imperícia, pois a teoria adotada pelo ordenamento jurídico brasileiro é a da responsabilidade civil subjetiva, embora a relação entre ambos seja contratual. Nesse caso, não há presunção de culpa do médico.

A culpa não é fácil de ser produzida. Nos Tribunais é admitido apenas o erro médico grosseiro para efeitos de responsabilização, onde a culpa é produzida através de prova pericial, de matéria essencialmente técnica, impedindo o julgador de manifestar-se tecnicamente sobre as questões médicas, por não ter o conhecimento científico para tanto. Não cabe ao juiz apontar qual o tratamento mais adequado para a cura do paciente, qual o diagnóstico correto. Sua atuação está

adstrita ao exame da conduta profissional, colhendo provas que indiquem se houve ou não culpa no agir médico, causando, assim, danos ao paciente.

Souza (2008, p. 54) se manifesta sobre a culpa do médico:

Não importa se o médico errou mas, sim, se esse erro vem acompanhado pela culpa na conduta do médico. O julgador não busca um diagnóstico equivocado – inerente ao desempenho da Medicina, face às imprevisões de comportamento do organismo humano. Busca, ele, um agir culposo do profissional, para que, aí sim, este possa ser responsabilizado pelos eventuais danos causados ao paciente. Relembremos, não basta que haja culpa, esta tem que ser certa.

Ao lesado cabe o ônus de provar que o médico agiu culposamente. A prova deve ser inequívoca e mostrar claramente que o médico incorreu em uma das modalidades da culpa *stricto sensu* (imprudência, negligência e imperícia). Mesmo que levíssima a culpa, existe a obrigação de indenizar. O importante é que uma das modalidades de culpa esteja presente na conduta praticada pelo médico, justificando, para o julgador, a responsabilização civil pelos danos causados ao paciente.

Mesmo sendo o ônus do paciente de provar a culpa do médico, há casos em que a doutrina admite a presunção de culpa sem a necessidade de demonstração inequívoca de culpa na conduta do médico. Tal ocorre em situações que o próprio fato é a evidência do agir culposo. Trata-se da teoria do *res ipsa loquitur* (*in re ipsa*), ou seja, “a coisa fala por si mesma”, muito aplicada nos Estados Unidos. Segundo essa teoria, a situação é tão óbvia que leva à presunção da culpa do médico. Como exemplo, mulheres que se submetem a intervenções cirúrgicas para laqueadura das tubas uterinas (esterilização cirúrgica) e tem seu útero retirado completamente. Situações assim são cristalinas e não demandam complexidade na produção de provas.

Há situações, por outro lado, em que a culpa do médico é descaracterizada, eximindo-o da responsabilidade. Em casos de caso fortuito, que decorre de um fato natural, sem previsão, o médico não poderá ser responsabilizado se o paciente

evoluiu mal durante o tratamento, pois seu organismo reagiu de forma contrária ao procedimento adotado. Outra exclusão da responsabilidade diz respeito à força maior, que resulta de um ato alheio, onde o médico não pode evitar que o fato aconteça e seus efeitos sejam produzidos, piorando a evolução do estado de saúde do paciente.

Na culpa exclusivamente de terceiros, não há que se falar também em responsabilidade civil do médico. Assemelha-se às características do caso fortuito, pois o médico não contribuiu para o resultado contrário do esperado e, ainda, por não ter qualquer relacionamento profissional com os causadores do dano. Outra hipótese é o caso de pacientes que não obedecem à prescrição médica, tomando todos os cuidados necessários e recomendados pelo médico para que obtenha êxito no tratamento, não podem responsabilizar o médico por fato exclusivo seu. A vítima do dano deverá arcar com todos os prejuízo advindos do dano, posto que agiu sozinha, sem participação do médico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o trabalho constatou-se que a responsabilidade decorrente de dano sofreu grande evolução desde a Antiguidade até os dias hodiernos. Isso porque durante um longo tempo a forma de reparação do dano se dava por meio de penas cruéis, sem a verificação da ocorrência de culpa.

Com o tempo, pelo surgimento de Estados soberanos, com sistema de leis que passaram a regulamentar a vida em sociedade, a vingança com as próprias mãos passou a ser proibida, surgindo então as primeiras compensações pecuniárias por um dano sofrido. Ao tempo dos romanos é que houve separação entre pena e reparação. Daí passou a existir a responsabilidade civil ao lado da responsabilidade penal.

No ordenamento jurídico atual penas cruéis não são admitidas. A reparação não ultrapassa o patrimônio do ofensor. Dessa forma, qualquer pessoa que causa dano a outrem tem o dever de indenizar, preenchidos os pressupostos da responsabilidade civil.

Quanto ao médico, sua responsabilidade por condutas danosas aos pacientes é regida pelo Código Civil, que prevê indenização por ato ilícito, e pelo Código de Defesa do Consumidor, que regula a atuação dos profissionais liberais, entre eles o médico.

É pacífico na doutrina e jurisprudência que o médico será responsabilizado subjetivamente por seus atos, ou seja, deverá haver comprovação de sua culpa nas modalidades de imprudência, negligência ou imperícia, que irão configurar o erro médico.

A Responsabilidade Civil já evoluiu bastante, e vai buscar cada vez mais adequar-se a realidade social que, assim como o Direito, é dinâmica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR DIAS, José de. *Da Responsabilidade Civil*. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

CARVALHO, José Carlos Maldonado de. *Introgenia e erro médico*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005.

CAVALIERI FILHO, Sergio. *Programa de responsabilidade civil*. 8 ed. rev. e amp. São Paulo: Atlas, 2008.

DINIZ, Maria Helena. *Curso de Direito Civil Brasileiro: Responsabilidade Civil*. 17 ed. aum. e atual. São Paulo: Saraiva, 2003.

DINIZ, Maria Helena. *Curso de Direito Civil Brasileiro: Responsabilidade Civil*. 19 ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2005. vol. 7.

GONÇALVES, Carlos Roberto. *Direito Civil Brasileiro: Responsabilidade Civil*. 2 ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2007. vol. 4.

GIOSTRI, Hildegard Taggesell. *Erro médico à luz da jurisprudência comentada*. 1 ed. Curitiba: Juruá, 2002.

MORAES, Irany Novah. *Erro médico e a justiça*. 5 ed. rev. amp. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

MENDES, Nelson Figueiredo. *Responsabilidade ética, civil e penal do médico*. 1 ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. *Responsabilidade Civil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1990.

Resolução CFM 1.634/2002.

SOUZA, Neri Tadeu Camara. *Responsabilidade Civil e Penal do Médico*. 3 ed. rev. atual. e amp. Campinas: Servanda, 2008.

SILVA, Regina Beatriz Tavares da. *Responsabilidade civil na área da saúde: pressupostos da responsabilidade civil na área da saúde*. São Paulo: Saraiva, 2007.

VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito Civil: Responsabilidade civil*. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 2003. vol. 4.

\_\_\_\_\_. *Direito Civil: Teoria geral das obrigações e teoria geral dos contratos*. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2007. vol. 2.

## SITES CONSULTADOS

*ERRO MÉDICO: um olhar diferente em cada caso.* Fonte: Manual de Orientação Ética Disciplinar. Disponível em <http://www.errromedico.org/oquee.htm>. Acesso em: 06.06.2010.

JATENE, Fabio Biscegli; PAIVA, Eleuses Vieira de. Revalidação do título de especialista. *Folha de São Paulo*. São Paulo, maio/2005. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/artigos/artigo.asp?id=1099>. Acesso em 25.04.2010.

OCAMPO, Cândido. *Direito na Medicina – Erro Profissional*. Março/2009. Disponível em <http://www.rondoniagora.com/noticias/direito-na-medicina---por-candido-ocampo---erro-profissional.htm>. Acesso em: 06.06.2010.

## ANEXOS

### RESOLUÇÃO CFM nº. 1634/2002

(Publicada no D.O.U. de 29 de abril de 2002, seção I, p. 81)

(Modificada pela Resolução CFM n. 1659/2003)

(Nova redação do Anexo II aprovado pela Resolução CFM n. 1666/2003)

Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os avanços científicos e tecnológicos têm aumentado progressivamente o campo de trabalho médico, com tendência a determinar o surgimento contínuo de especialidades;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira, e a Comissão Nacional de Residência Médica, organismos voltados para o aperfeiçoamento técnico e desempenho ético dos que se dedicam à medicina no Brasil, decidiram adotar condutas comuns relativas à criação e reconhecimento de especialidades médicas no país;

CONSIDERANDO que as entidades referidas, por visarem ao mesmo objetivo, vêm trabalhando em conjunto na forma de Comissão Mista de Especialidades para uniformizar a denominação e condensar o número das especialidades existentes no Brasil;

CONSIDERANDO que conhecimentos e práticas médicas dentro de determinadas especialidades representam segmentos a elas relacionados, constituindo áreas de atuação caracterizadas por conhecimentos verticais mais específicos;

CONSIDERANDO que as especialidades sujeitam-se aos processos dinâmicos da medicina, não podendo, por isso, ser permanentes nem imutáveis, podendo, dependendo das circunstâncias e necessidades, sofrer mudanças de nomes, fusões ou extinções;

CONSIDERANDO o que foi decidido pela Comissão Mista de Especialidades e aprovado em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina, realizada em 11.04.2002;

#### **RESOLVE:**

Art.1º Aprovar o Convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica, onde foi instituída a Comissão Mista de Especialidades - CME, que reconhece as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação constante do anexo II do presente instrumento.

Art. 2º Outras especialidades e áreas de atuação médica poderão vir a ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina mediante proposta da Comissão Mista de Especialidades.

Art. 3º Fica vedado ao médico a divulgação de especialidade ou área de atuação que não for reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina ou pela Comissão Mista de Especialidades.

Art. 4º O médico só pode declarar vinculação com especialidade ou área de atuação quando for possuidor do título ou certificado a ele correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina.

Art. 5º Fica vedado, por qualquer motivo, o registro e reconhecimento das especialidades não constantes do anexo II do convênio.

Parágrafo único - Excetua-se do caput deste artigo a documentação de pedido de avaliação para efeito de registro de especialidade que tiver sido protocolada nos Conselhos Regionais de Medicina até a data de publicação desta resolução.

Art. 6º Revogam-se todas as resoluções existentes que tratam de especialidades médicas, em especial as Resoluções CFM nº 1.286/89, 1.288/89, 1.441/94, 1.455/95, respeitados os direitos individuais adquiridos.

Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília - DF, 11 de abril de 2002.

**EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE**  
Presidente

**RUBENS DOS SANTOS SILVA**  
Secretário-Geral

### **CONVÊNIO AMB/CFM**

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA –CFM, A ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA – AMB E A COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA-CNRM/MEC, PARA ESTABELECEM CRITÉRIOS PARA O RECONHECIMENTO E DENOMINAÇÃO DE ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO NA MEDICINA, E FORMA DE CONCESSÃO E REGISTRO DE TÍTULOS

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA-CFM, entidade de fiscalização profissional, instituída pela Lei nº 3.268/57, e regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, com sede no SGAS 915 Sul, LOTE 72 – Brasília – DF, CGC nº 33.583.550/0001-30, representado por seu Presidente EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE, brasileiro, casado, médico, portador da Carteira de Identidade nº 208.063/SSP/AM, CPF nº 038.566.822-87, a ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA -AMB, inscrita no CGC sob o nº 61.413.605/0001-07, com sede na Rua São Carlos do Pinhal, nº 324, Bela Vista, CEP 01333-903 – São Paulo – SP, Tel (11) 3266-6800, neste ato representada por seu Presidente ELEUSES VIEIRA DE PAIVA, CRM – SP nº 35.135-0, com endereço sito na Av. Jandira, nº 185 – Aptº. 124, Moema, Condomínio Phesutton House, CEP 04080-000, São Paulo - SP, e a COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA – SESu/MEC - CNRM, com endereço no Ministério da Educação, Edifício Sede, Sala 327 – Esplanada dos Ministérios – Brasília – DF., órgão subordinado ao Departamento de Assuntos Universitários do Ministério de Educação e Cultura, neste ato representada pelo seu Presidente FRANCISCO CÉSAR DE SÁ BARRETO, brasileiro, casado, físico, inscrito no CI nº 527118 – SSP/MG e no CPF sob o nº 088.720.326/04, resolvem firmar o presente Convênio, nos termos das Cláusulas abaixo:

#### **DO OBJETO**

**CLÁUSULA PRIMEIRA** Este convênio tem por finalidade a conjugação de esforços dos convenentes para estabelecer critérios para o reconhecimento, a denominação, o modo de concessão e registro de título de especialista e certificado de área de atuação médica, cabendo às partes:

- a. CNRM - credenciar e autorizar o funcionamento dos programas de residência médica;
- b. AMB - orientar e fiscalizar a forma de concessão de títulos e certificados; e
- c. CFM – registrar os títulos e certificados.

### **DA EXECUÇÃO**

**CLÁUSULA SEGUNDA** Para a execução deste convênio, fica criada a COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES - CME, composta por dois representantes de cada entidade convenente, que reunir-se-á, no mínimo, duas vezes por ano, podendo ser criadas subcomissões para auxiliar os trabalhos. Parágrafo único - O regulamento da Comissão Mista de Especialidades - CME será elaborado e aprovado em ato próprio após sua efetiva implantação, ouvidas as entidades convenentes.

### **DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

**CLÁUSULA TERCEIRA** A Comissão Mista de Especialidades- CME definirá os critérios para criação e reconhecimento de especialidades e áreas de atuação médica, estabelecendo requisitos técnicos e atendendo a demandas sociais.

**CLÁUSULA QUARTA** As especialidades e áreas de atuação médica reconhecidas pelas entidades convenentes terão denominação uniforme e serão obtidas por órgãos formadores acreditados na forma deste

### **CONVÊNIO**

**CLÁUSULA QUINTA** São órgãos formadores acreditados:

- a. as residências médicas credenciadas e com funcionamento autorizado pela CNRM;
- b. as Sociedades de Especialidades filiadas à AMB, com programas de ensino por ela aprovados.

**CLÁUSULA SEXTA** Somente médicos com tempo mínimo de dois anos de formado e registro definitivo no CRM poderão submeter-se ao concurso para concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação outorgado pela AMB.

**CLÁUSULA SÉTIMA** A concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação outorgado pela CNRM dar-se-á em observância ao Art. 6º da Lei 6.932/81, que regulamenta a residência médica.

**CLÁUSULA OITAVA** Os títulos de especialistas e os certificados de área de atuação obtidos através da AMB deverão subordinar-se aos seguintes critérios:

- a. Concurso realizado na Sociedade de Especialidade, desde que seja ela filiada à AMB e atenda aos requisitos aprovados pela Comissão Mista de Especialidades – CME;
- b. O concurso referido deverá constar de, no mínimo, currículo e prova escrita e, se necessário, oral e/ou prática.

**CLÁUSULA NONA** Os critérios determinados pelas Sociedades de Especialidades para concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação deverão ser conhecidos e aprovados previamente pela Associação Médica Brasileira - AMB para que produzam os resultados deste convênio.

**CLÁUSULA DÉCIMA** As Sociedades de Especialidades deverão promover concursos anuais para concessão de título de especialista e certificado de área de atuação.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA** Não será exigida do médico a condição de sócio da AMB, de Sociedade de Especialidade ou de qualquer outra, para a obtenção e registro de título de especialista ou certificado de área de atuação.

#### **DA VIGÊNCIA**

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA** Este convênio vigorará por prazo indeterminado, fluindo a partir da assinatura das partes.

#### **DA ALTERAÇÃO**

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA** O convênio poderá ser alterado no todo ou em parte através de termos aditivos e de comum acordo entre as partes.

#### **DA RESCISÃO**

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA** Este CONVÊNIO poderá ser rescindido:

- a. Por livre manifestação das partes convenientes, com antecedência mínima de 01 (um) ano, ou
- b. por inadimplência das obrigações do Convênio por qualquer um dos convenientes, no todo ou em parte.

#### **DO FORO**

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA** Fica eleito o foro da Justiça Federal de Brasília-DF para dirimir as controvérsias deste CONVÊNIO. **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA** Na data da assinatura deste CONVÊNIO, as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação reconhecidas pelos convenientes são as constantes no anexo II deste documento.

### **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**

### **ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA**

### **COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES**

#### **ANEXO I**

#### **Introdução**

A abordagem do tema Especialidades Médicas vem sendo amplamente feita nos últimos anos, pelas várias Entidades Nacionais relacionadas ao assunto, quer seja de maneira isolada ou em associação. Isto certamente se deve a importância do assunto, seja relacionada ao tema, à repercussão do mesmo e seus desdobramentos no mercado de trabalho. Com as grandes transformações sofridas na formação e no exercício profissional, a obtenção do título de Especialista tem se tornado requisito importante, motivo pelo qual o médico tem mostrado interesse e pelo qual todas as Sociedades de Especialidade e as Entidades relacionadas têm-se mobilizado para acompanhar, participar e avaliar os diversos tipos de formação de especialistas. Some-se a isso o fato de que fatores novos, como, por exemplo, o início do Mercosul, tem influenciado a rediscussão e atualização deste tema, pelo

envolvimento que os diferentes países têm na sua atuação. Desta forma, mais uma vez, as entidades médicas do nosso meio se envolvem na tentativa de discutir e reatualizar o tema.

Desde o início deste atual processo de discussão ficou claro que as três entidades participantes procurariam uniformizar os critérios para reconhecimento, denominação, modo de concessão e registro de título de especialista e certificado de atuação da área médica.

Este documento é uma atualização dos que já foram propostos anteriormente, procurando considerar o que já foi previamente elaborado e atualizando o tema, em função das suas necessidades atuais. Definição Especialidade: Núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão bio-psico-social do indivíduo e da coletividade. Área de atuação: Modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades. Reconhecimento de Especialidades Reconhece-se como Especialidades Médicas àquelas consideradas raízes e aquelas que preenchem o conjunto de critérios abaixo relacionados:

- Complexidade das patologias e acúmulo do conhecimento em uma determinada área de atuação médica que transcenda o aprendizado do curso médico e de uma área raiz, em um setor específico;
- Ter relevância epidemiológica e demanda social definida;
- Ter programa de treinamento teórico prático, por um período mínimo de dois anos, conduzido por orientador qualificado da área específica;
- Possuir conjunto de métodos e técnicas, que propiciem aumento da resolutividade diagnóstica e/ou terapêutica;
- Reunir conhecimentos que definam um núcleo de atuação própria que não possa ser englobado por especialidades já existentes;

Não se admite como critério para reconhecimento de Especialidades:

- Número de Médicos que atuam em uma determinada área ou tempo de sua existência;
- Área que já esteja contida em uma especialidade existente;
- Processo que seja apenas o meio diagnóstico e ou terapêutico;
- Área que esteja relacionada exclusivamente a uma patologia isolada;
- Área cuja atividade seja exclusivamente experimental;
- Função ou atividade essencialmente vinculadas ao conhecimento da legislação específica;
- Disciplina acadêmica correspondente.

A seguir estão relacionadas as especialidades médicas e as áreas de atuação.

## **A N E X O II**

**CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE O CFM, A CNRM E A AMB**  
(Ver nova redação do anexo II aprovada pela Resolução CFM n. 1666/2003)

### **RELAÇÃO DE ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO**

#### **1- ACÚPUNTURA**

Área de Atuação: Sem área de atuação

#### **2 - ALERGIA E IMUNOLOGIA**

Área de Atuação : Alergia e Imunologia Pediátrica

#### **3 – ANESTESIOLOGIA**

Área de Atuação : Dor

#### **4 - ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR**

Área de Atuação : Sem área de atuação

#### **5 – CANCEROLOGIA**

Área de Atuação:  
Cirurgia Oncológica  
Oncologia Pediátrica  
Oncologia Clínica.

#### **6 – CARDIOLOGIA**

Área de Atuação : Cardiologia Pediátrica  
Ecocardiografia  
Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista

#### **7 - CIRURGIA CARDIOVASCULAR**

Área de Atuação: Sem área de atuação

#### **8 - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Área de Atuação :  
~~Cirurgia Buco-Maxilo-Facial~~ (Alterada pela Resolução CFM n. 1659/2003)  
Cirurgia crânio-maxilo-facial

#### **9 - CIRURGIA GERAL**

Área de Atuação : Cirurgia do Trauma

Cirurgia Oncológica  
Cirurgia Videolaparoscópica

## **10 - CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO**

Área de Atuação :  
Cirurgia Videolaparoscópica  
Endoscopia Digestiva

## **11 - CIRURGIA PEDIÁTRICA**

Área de Atuação : Sem área de atuação

## **12 - CIRURGIA PLÁSTICA**

Área de Atuação : Cirurgia Buco-Maxilo-Facial  
Cirurgia da Mão  
Tratamento de Queimados

## **13 - CIRURGIA TORÁCICA**

Área de Atuação : Endoscopia Respiratória

## **14 - CLÍNICA MÉDICA**

Área de Atuação : Sem área de atuação

## **15 – COLOPROCTOLOGIA**

Área de Atuação :  
Cirurgia Videolaparoscópica  
Colonoscopia

## **16 – DERMATOLÓGIA**

Área de Atuação :  
Cirurgia Dermatológica  
Cosmiatria  
Hanseníase

## **17 – ENDOCRINOLOGIA**

Área de Atuação : Endocrinologia Pediátrica

## **18 – GASTROENTEROLOGIA**

Área de Atuação :  
Endoscopia Digestiva  
Gastroenterologia Pediátrica  
Hepatologia

**19 - GENÉTICA MÉDICA**

Área de Atuação : Sem área de atuação

**20 – GERIATRIA**

Área de Atuação : Sem área de atuação

**21 - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Área de Atuação :

Medicina Fetal

Reprodução Humana

Sexologia

Ultrasonografia em ginecologia e obstetrícia

**22 - HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA**

Área de Atuação : Sem área de atuação

**23 – HOMEOPATIA**

Área de Atuação : Sem área de atuação

**24 – INFECTOLOGIA**

Área de Atuação :

Infectologia Hospitalar

Infectologia Pediátrica

**25 – MASTOLOGIA**

Área de Atuação : Sem área de atuação

**26 - MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Área de Atuação : Sem área de atuação

**27 - MEDICINA DO TRABALHO**

Área de Atuação : Sem área de atuação

**28 - MEDICINA DO TRÁFEGO**

Área de Atuação : Sem área de atuação

**29 - MEDICINA ESPORTIVA**

Área de Atuação : Sem área de atuação

**30 - MÈDICINA INTENSIVA**

Área de atuação :  
Medicina Intensiva Neonatal  
Medicina Intensiva Pediátrica

**31 - MÈDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO**

Área de Atuação : Neurofisiologia Clínica

**32 - MÈDICINA LEGAL**

Área de Atuação: Sem área de atuação

**33 - MÈDICINA NUCLEAR**

Área de Atuação : Sem área de atuação

**34 - MÈDICINA PREVENTIVA E SOCIAL**

Área de Atuação :  
Administração em Saúde  
Administração Hospitalar  
Epidemiologia  
Medicina Sanitária

**35 – NEFROLOGIA**

Área de Atuação : Nefrologia Pediátrica

**36 – NEUROCIRURGIA**

Área de Atuação : Cirurgia de coluna

**37 – NEUROLOGIA**

Área de Atuação :  
Dor  
Neurofisiologia Clínica  
Neurologia Pediátrica

**38 – NUTROLOGIA**

Área de Atuação :  
Nutrição Parenteral e Enteral  
Nutrologia Pediátrica

**39 – OFTALMOLOGIA**

Área de Atuação : Sem área de atuação

**40 - ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA**

Área de Atuação :

Cirurgia da Coluna

Cirurgia da Mão

Cirurgia do Joelho

Cirurgia do Ombro

Cirurgia do Pé

Cirurgia do Quadril

Ortopedia Pediátrica

**41 – OTÓRRINOLARINGOLOGIA**

Área de Atuação :

Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

Endoscopia respiratória

Foniatría

**42 – PATOLOGIA**

Área de Atuação :

Citopatologia

Histopatologia

**43 - PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL**

Área de Atuação : Sem área de atuação

**44 – PEDIATRIA**

Área de Atuação :

Alergia e Imunologia Pediátrica

Cardiologia Pediátrica

Endocrinologia Pediátrica

Gastroenterologia Pediátrica

Hematologia e Hemoterapia Pediátrica

Infectologia Pediátrica

Medicina do Adolescente

Medicina Intensiva Neonatal

Medicina Intensiva Pediátrica

Nefrologia Pediátrica

Neonatologia

Neurologia Pediátrica

Nutrologia Pediátrica

Oncologia Pediátrica

Pediatria Preventiva e Social

Pneumologia Pediátrica

Reumatologia Pediátrica

**45 – PNEUMOLOGIA**

Área de Atuação :  
Endoscopia Respiratória  
Pneumologia Pediátrica

**46 – PSIQUIATRIA**

Área de Atuação :  
Psicogeriatría  
Psicoterapia  
Psiquiatria da Infância e da Adolescência  
Psiquiatria Forense

**47 - RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO PÓR IMAGEM**

Área de Atuação :  
Densitometria Óssea  
Neurorradiologia  
Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia  
Ressonância Magnética  
Ultra-sonografia

**48 – RADIOTERAPIA**

Área de Atuação : Sem área de atuação

**49 – REUMATOLOGIA**

Área de Atuação : Reumatologia Pediátrica

**50 – UROLOGIA**

Área de Atuação :  
Andrologia  
Sexologia

**OBS: Auditoria será designada área de atuação especial e receberá outro tipo de especificação.**