



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Ciências Sociais
Faculdade de Direito
Curso de Direito Médico**

BRUNO LINHARES AZEREDO CORRÊA

**RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO MILITAR E DOS
HOSPITAIS DAS FORÇAS ARMADAS**

Rio de Janeiro

2018



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Ciências Sociais
Faculdade de Direito
Curso de Direito Médico**

BRUNO LINHARES AZEREDO CORRÊA

**RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO MILITAR E DOS
HOSPITAIS DAS FORÇAS ARMADAS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado a Faculdade de Direito da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
para obtenção do título de Especialista em
Direito Médico.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Macena de Figueiredo

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CCS/C

C824r

Corrêa, Bruno Linhares Azeredo.
Responsabilidade civil do médico militar e dos hospitais das forças
armadas / Bruno Linhares Azeredo Corrêa. - 2018.

92 f.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Macena de Figueiredo.

Monografia (Especialização) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro. Faculdade de Direito, Rio de Janeiro, 2018.

1. Responsabilidade (Direito). 2. Hospitais militares. 3. Forças armadas. I.
Figueiredo, Antônio Macena de. II. Universidade do Estado do Rio de
Janeiro. Faculdade de Direito. III. Título.

CDU 347.51

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta monografia de especialização, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

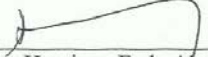
BRUNO LINHARES AZEREDO CORRÊA


RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO MILITAR E DOS
HOSPITAIS DAS FORÇAS ARMADAS

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em
Direito Médico da Faculdade de Direito da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Macena de Figueiredo


Prof. Dr. Antônio Macena de Figueiredo
Faculdades de Direito da UERJ


Prof. Dr. Juiz – Alvaro Henrique F. de Almeida
Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro


Prof. Dr. Defensora Pública – Elida Seguin
Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 10 de março de 2018

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos Leonardo, Guilherme e Ana Beatriz que através de sua pureza e inocência são fontes de inspiração e a minha razão de viver.

AGRADECIMENTO

Agradeço, primeiramente, a Deus por ter me presenteado com o dom da vida, por todas as conquistas pessoais e profissionais, e, principalmente, por ter colocado em meu caminho pessoas muito especiais, que não mediram esforços em me ajudar, e sem as quais este trabalho não seria realizado.

Ao meu pai, minha mãe, irmã, familiares e amigos por compreenderem minha ausência, apoiando e incentivando no período de produção desta monografia, e em todas as situações.

À minha esposa Aline Bello pelo apoio incondicional em todos os momentos, desde antes do início da minha carreira, por cuidar de todo o restante para que eu pudesse me dedicar a este trabalho, além de sua fundamental ajuda para a sua conclusão.

Aos meus filhos Leonardo, Guilherme e Ana Beatriz pelo carinho e amor verdadeiro, responsáveis por me darem motivo para continuar, mesmo quando não tinha mais forças.

Ao Prof. Dr. Antônio Macena pela paciência, compreensão, pela importantíssima orientação e condução, e, principalmente, por toda ajuda para que esta monografia pudesse se tornar realidade.

Aos amigos e amigas da turma do Curso de Especialização em Direito Médico da UERJ 2016-2018 por toda ajuda ao longo do curso e pelos momentos especiais compartilhados.

E a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para minha formação e para que pudesse chegar aonde cheguei. Serei eternamente grato!

EPIGRAFE

Daqui a vinte anos você estará mais arrependido pelas coisas que não fez do que pelas que fez. Então solte suas amarras. Afastese do porto seguro. Agarre o vento em suas velas. Explore. Sonhe. Descubra.

H. Jackson Brown Jr

NOTA

Este trabalho em hipótese alguma pode ser entendido como posição adotada pela Marinha do Brasil. O presente exposto reflete única e exclusivamente as impressões do autor sobre o tema abordado.

RESUMO

O Direito Médico está cada vez mais em evidência na sociedade moderna. É fato que o médico no exercício de sua profissão encontra-se sujeito à responsabilidade profissional pelos seus atos. Sua atuação nas Forças Armadas não seria diferente. Além da responsabilidade civil e ética, o oficial médico também responde sob a ótica das leis e normas militares. O aumento de casos de ações judiciais relacionadas à área da saúde chama atenção para este tema, e gera preocupação nos oficiais médicos, e na alta administração militar com a possibilidade dessa “judicialização” da saúde alcançar as instituições assistenciais militares. Com o intuito de servir como instrumento de orientação aos médicos militares, este trabalho pretende abordar os pressupostos éticos, jurídicos e legais que compõem o arcabouço jurídico envolvido na atividade de assistência médico-hospitalar no âmbito das Forças Armadas. Baseado nas doutrinas mais aceitas pelos juristas e apoiado na jurisprudência mais atual, pretende-se dissecar temas importantes como a responsabilidade civil, militar e hospitalar. Conclui-se que, dada a importância do assunto e o seu desconhecimento por boa parte dos médicos, é necessário aumentar a discussão sobre Direito Médico, com o objetivo de informar e proteger os oficiais médicos e as instituições de saúde militares da indústria da indenização, e sugerir medidas que evitem que este fenômeno se estenda à caserna.

Palavras-chave: Responsabilidade Civil do Médico Militar, Direito Médico. Responsabilidade Civil dos Hospitais Militares.

ABSTRACT

Medical law is increasingly evident in modern society. It is a fact that the doctor in the exercise of his profession is subject to professional responsibility for his acts. His role in the Armed Forces would be no different. In addition to civil and ethical liability, the medical officer also responds from the standpoint of military laws and regulations. The increase in cases of health-related lawsuits draws attention to this issue and raises concern for medical officers and senior military administration with the possibility of such "judicialization" of health reaching military care institutions. With the purpose of serving as an orientation tool for military doctors, this work intends to address the ethical, legal and legal presuppositions that make up the legal framework involved in the medical-hospital assistance activity within the Armed Forces. Based on the doctrines most accepted by jurists and supported in the most current jurisprudence, it is intended to dissect important issues such as civil, military and hospital liability. It is concluded that, given the importance of the subject and its lack of knowledge by many physicians, it is necessary to increase the discussion about Medical Law, with the objective of informing and protecting the medical officers and military health institutions of the indemnification industry, and suggest measures to prevent this phenomenon from spreading to the barracks.

Keywords: Military Medical Liability, Medical Law. Civil liability of military hospitals

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de Denúncias e Sindicâncias no CREMERJ nos últimos 10 anos. Fonte: CREMERJ 2017

Gráfico 2: Número de processos no Cremerj nos últimos 10 anos. Fonte: CREMERJ 2017

Gráfico 3: Penalidades aplicadas pelo CREMERJ nos últimos 10 anos. Fonte: CREMERJ 2017

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
CPM – Código Penal Militar
RDM – Regulamento Disciplinar Militar
CPPM – Código Processual Penal Militar
CSM – Corpo de Saúde da Marinha
SMO – Serviço Militar Obrigatório
SMV – Serviço Militar Voluntário
CFO – Curso de Formação de Oficiais
CRM – Conselho Regional de Medicina
CAM – Certificado de Adiamento Militar
CDI – Certificado de Dispensa de Incorporação
OM – Organização Militar
UMEM – Unidade Médico Expedicionária da Marinha
EPE – Equipe de Pronto Emprego
MD – Ministério da Defesa
MBA – Master in Business Administration
COPPEAD – Instituto de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
C-PEM – Curso de Política e Estratégia Marítima
CFM – Conselho Federal de Medicina
CEM – Código de Ética Médica
CDC – Código de Defesa do Consumidor
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI – Tecnologia da Informação
NGS – Nível de Garantia de Segurança
PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente
RES – Registro Eletrônico de Saúde
SBIS – Sociedade Brasileira de Informática em Saúde
ICP – Infra-estrutura de Chaves públicas
EA – Evento Adverso
MS – Ministério da Saúde
WHO – World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)
PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
CPO – Comissão de Promoção de Oficiais
DSM – Diretoria de Saúde da Marinha
PIN – Prontuário Individual
SSM – Sistema de Saúde da Marinha
MB – Marinha do Brasil
HCE – Hospital Central do Exército
DSau – Diretoria de Saúde do Exército
ASSHOP – Operação de Assistência Hospitalar à População Ribeirinha
NAsH - Navios de Assistência Hospitalar
MP – Medida Provisória
TRF – Tribunal Regional Federal
PPA – Plano Plurianual
CPSSMEA – Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica
DESAS – Departamento de Saúde e Assistência Social

FAB – Força Aérea Brasileira
EB – Exército Brasileiro
OCC – Outros - Custeio e Capital
Gpt – Grupamento
Eng – Engenharia
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
OMS – Organização Militar de Saúde
OCS – Organização Civil de Saúde
PSA – Profissionais de Saúde Autônomos
SAMMED – Sistema de Atendimento Médico-hospitalar ao Militares do Exército,
Pensionista Militares e seus dependentes
FUSEx – Fundo de Saúde do Exército
HFA – Hospital das Forças Armadas
SISAU – Sistema de Saúde da Aeronáutica
FUNSA – Fundo de Saúde da Aeronáutica
IMH – Indenização Médico-Hospitalar
AMH – Assistência Médico-Hospitalar
OMH – Organização Militares Hospitalares
OMFM – Organização Militar com Facilidades Médicas
ODS – Órgão de Direção Setorial
ODE – Órgão de Direção Especializada
DGPM – Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha
HNMD – Hospital Naval Marcílio Dias
OCM – OdontoClínica da Marinha
AMB – Associação Médica Brasileira
CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CREMERJ -Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Justificativa.....	15
1.2 Problema.....	16
1.3 Objetivos.....	16
1.3.1 Geral.....	16
1.3.2 Especificos.....	16
2 MÉTODOS E TÉCNICAS	17
3 CONTEXTO HISTÓRICO	18
3.1 História da Medicina e do Direito Médico.....	18
3.2 Breve Histórico do Direito Militar.....	22
4 CARREIRA DO OFICIAL MÉDICO NAS FORÇAS ARMADAS	26
4.1 Corpo de Saúde da Marinha do Brasil.....	26
4.1.1 Do Processo de Seleção.....	26
4.1.2 Do Curso de Formação de Oficiais.....	27
5 RESPONSABILIDADE CIVIL E SEUS LIMITES	31
5.1 Distinção entre Responsabilidade Civil Contratual e Extracontratual.....	32
5.2 Obrigação de Meio e de Resultado.....	33
5.3 Responsabilidade Civil Subjetiva e Seus Pressupostos.....	34
5.3.1 Dano.....	34
5.3.2 Dolo.....	35
5.3.3 Culpa.....	36
5.3.4 Ação e Omissão.....	36
5.3.5 Nexo de Causalidade.....	37
5.4 Responsabilidade Civil Objetiva.....	37
5.5 Ônus da Prova e Sua Inversão.....	39
6 DEVERES DE CONDUTA DO OFICIAL MÉDICO	41
6.1 Dever de Informar, Consentimento Informado e Autonomia do Paciente.....	41
6.2 Dever De Registro No Prontuário.....	44
6.3 Dever de Sigilo Profissional.....	46
6.3.1 O Sigilo No Prontuário Eletrônico.....	47
7 EXIGÊNCIAS PARA HABILITAÇÃO DO OFICIAL MÉDICO	49

7.1 Exigência Para O Exercício Da Medicina Nas Instituições Militares.....	50
7.2 A Habilitação para a Prestação de Serviço Alternativo.....	54
7.3 Registro Como Médico Militar Exclusivo.....	55
8 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR MILITAR.....	56
8.1. Origem Do Serviço De Saúde Nas Forças Armadas.....	56
8.2. Legislações Relacionada à Assistência Hospitalar Militar.....	57
8.2.1 Usuários dos Sistemas de Saúde Militar.....	58
8.2.2 O Programa 0637 – Serviço de Saúde das Forças Armadas.....	61
8.2.3 Fontes de Financiamento.....	62
8.3 Os Sistemas de Saúde nas Forças Armadas.....	64
8.3.1 Exército Brasileiro.....	64
8.3.2 Força Aérea Brasileira.....	64
8.3.3 Marinha do Brasil.....	65
9 RESPONSABILIDADE DOS HOSPITAIS DAS FORÇAS ARMADAS.....	67
9.1 Responsabilidade das Instituições Privadas.....	68
9.2 Responsabilidade das Instituições Públicas.....	69
10 A JUDICIALIZAÇÃO DOS ERROS MÉDICOS.....	74
10.1 A Prevenção de Erros Médicos.....	75
10.2 A Cultura da Segurança do Paciente.....	76
10.2.1 A Importância dos Protocolos na Segurança do Paciente.....	78
10.3 Consequências Ética, Administrativa e Civil.....	79
11 CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS	

1 - INTRODUÇÃO

O Direito Médico está cada vez mais evidente na sociedade moderna, refletindo no aumento do número de pessoas que buscam na Justiça a solução para seus conflitos. Inúmeros são os fatores que contribuem para a crescente judicialização da medicina. Dentre esses fatores, estão: o aumento do número de profissionais da saúde, formação deficitária, escolas de baixa qualidade, passando pela difusão do conhecimento através dos meios de comunicação, dando oportunidade aos leigos de saberem mais sobre suas doenças, exames e tratamentos aos quais são submetidos, cobrando maior rigor científico de seus médicos, tornando a atualização profissional extremamente necessária, frente à evolução cada vez mais rápida do conhecimento médico, até a mudança no paradigma da relação médico-paciente. (SOUZA, 2017).

Os médicos, no exercício da profissão, estão sujeitos à responsabilização profissional pelos seus atos. Como enfatiza o Prof Genival Veloso de França (2016), todo resultado qualificado como lesivo ao paciente gera a obrigação de reparação, de acordo com a normativa nos diplomas legais vigentes. De modo que, tanto o Oficial médico quanto as Forças Armadas poderão responder por possíveis danos causados ao paciente durante a assistência à saúde nas instituições militares.

Fundamentando-se no parágrafo 6º do artigo 37 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, as pessoas jurídicas de direito público podem responder objetivamente pelos danos causados por seus agentes. Por outro lado, a responsabilidade civil médica embora esteja ligada ao conceito de culpa, tradicionalmente denominada responsabilidade subjetiva, na qual um resultado lesivo é decorrente de imperícia, imprudência ou negligência, tem sido motivo de objetivação da responsabilidade profissional (KFOURI NETO, 2013). No presente trabalho, pretende-se abordar, além de outros temas, esses dois tipos de responsabilidades, diferenciando-os e, baseado na doutrina jurídica, demonstrar onde cabe cada tipo.

Os serviços de saúde nas Forças Armadas não estão livres da judicialização da medicina. Os quadros de oficiais médicos, seja de carreira ou temporário (voluntário ou obrigatório), são bastante heterogêneos, pois contam com profissionais com vasta experiência ao lado de outros recém-formados, muitos dos quais pouco conhecem o conceito de responsabilidade civil, ainda que no âmbito militar, a que estão sujeitas suas ações resultantes de sua prática. (ARÊAS, 2012).

Ao longo do trabalho, pretende-se abordar inúmeros assuntos que geram dúvidas

comuns aos médicos, na tentativa de dirimi-las, como os limites da responsabilidade civil do médico militar; a situação nas Forças Armadas de um oficial médico que teve seu registro profissional cassado; os diplomas legais aos quais estão sujeitas as ações no exercício da profissão; dentre outras.

A presente monografia tem o desafio de analisar essa problemática do mundo civil, projetando como isso poderia influenciar na atuação dos oficiais médicos no âmbito das Forças Armadas, e servindo de orientação para a defesa de profissionais e instituições.

1.1 Justificativa

O número de processos contra médicos cresceu gradativamente ao longo dos anos. A mudança na relação médico-paciente, o avassalador progresso científico-tecnológico, a degradação das condições de trabalho, a maior disponibilidade de informação à população e o maior acesso ao judiciário foram alguns dos aspectos que contribuíram para esse crescimento, expondo os profissionais a questionamentos jamais vivenciados na história.

A formação básica vem sendo insuficiente para preparar o novo médico para enfrentar a diversidade das questões técnicas, éticas, morais e legais da prática profissional. O currículo atual não versa sobre mercado de trabalho, legislação trabalhista, gestão financeira ou de consultório, empreendedorismo e Direito Médico. O jovem profissional é lançado ao mercado de trabalho extremamente vulnerável a essas questões, procurando por meios próprios ao longo da carreira a aquisição desses conhecimentos.

Não foi preciso muito tempo de formado para perceber isso, razão pela qual, logo após concluir a graduação, fez-se necessário que eu aprendesse sobre Direito Trabalhista, o que culminou no meu contato com o Direito Médico, despertando-me um interesse cada vez maior por essa temática, o que me fez entrar no Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* de Direito Médico da Faculdade de Direito da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

O ingresso na carreira militar na Marinha do Brasil mostrou-me que o profissional da área da saúde das Forças Armadas, além de responder pelas responsabilidades jurídicas e éticas, como no mundo civil, ainda está sujeito à responsabilidade militar. Diante desse cenário, coloquei-me o desafio de desenvolver um estudo abordando a responsabilidade desses profissionais, englobando os processos éticos, judiciais e suas consequências no âmbito militar. Isso possibilitou a união, neste trabalho, das minhas três paixões: a

Medicina, o Direito e o Mundo Militar.

1.2 - Problema

Quais as implicações no âmbito da responsabilidade civil profissional e dos hospitais militares da prática médica nas instituições de saúde das Forças Armadas?

1.3 Objetivos

1.3.1 - Geral

Demonstrar as implicações da responsabilidade civil do oficial médico no exercício profissional e a responsabilidade hospitalar das instituições de saúde das Forças Armadas.

1.3.2- Específicos

1. Apresentar um breve histórico da prática medicina e do direito médico;
2. Descrever os registros históricos sobre o direito militar;
3. Especificar os fundamentos da responsabilidade civil e seus limites;
4. Listar as legislações básicas relacionadas à assistência hospitalar militar;
5. Caracterizar a natureza da responsabilidade civil dos hospitais militares;
6. Discutir os deveres de conduta do médico militar;
7. Apontar caminhos de defesa e prevenção do erro médico;
8. Refletir sobre as consequências ética, administrativa e civil do erro médico

2 - MÉTODOS E TÉCNICAS

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo elaborado a partir de pesquisas bibliográficas, doutrina, legislação civil, administrativa e jurisprudência dos Tribunais Pátrios pertinentes ao objeto do estudo.

Oportunamente também explorado as normas específicas regulamentadoras das obrigações, deveres, direitos e prerrogativas dos Oficiais Médicos das Forças Armadas no exercício relacionada à sua função nas instituições de saúde militares.

A opção pelo método qualitativo justifica-se pelo fato de não empregar instrumentos estatísticos com base em processo de análise do problema. Na esteira de Minayo (2001) salienta-se que:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (Minayo, 2001, p.21-22)

Por sua vez, caracteriza-se como um estudo exploratório porque tem o fim de aumentar a familiaridade do pesquisador com o tema em discussão, assim como possibilita servir de base para a realização de trabalhos futuros. E, descritiva pelo fato de procurar conhecer e interpretar a realidade. (FIGUEIREDO & SOUZA, 2011).

Todo esforço deve-se ao fato de que se trata de um assunto com pouquíssimas publicações a respeito.

3 - CONTEXTO HISTÓRICO

3.1 – História da Medicina e do Direito Médico

A crescente “judicialização” da Medicina é um fenômeno multifatorial e irreversível. Para entendermos melhor o contexto atual, precisamos remontar ao passado e conhecer a evolução deste tema ao longo da história.

A medicina, ou arte da cura, sempre esteve presente ao longo da evolução humana. Desde os primórdios da civilização, como na pré-história, encontramos vestígios de intervenção médica, cujo ato demandava conhecimento técnico. Achados arqueológicos corroboram com essa tese, evidenciando o tratamento com ervas, trepanações de crânio e consolidações de fraturas, por exemplo. Nessa época, o médico ainda era visto como uma mistura de feiticeiro e sacerdote das tribos, e toda a prática era empírica, baseada na magia e no sobrenatural. Com isso, a responsabilidade pelos atos era inferida aos Deuses, conforme ilustra Carlos Antonio Mascia Gottschall (2007) no livro *Medicina Hipocrática: Antes, durante e depois*.

Nessa época de domínio mítico, não havendo percepção da relação entre causa e efeito para explicar fenômenos (pré-lógica), todo sofrimento, cura ou erro era atribuído à vontade de deuses e, por isso, o médico - sempre um feiticeiro ou sacerdote, um intermediário entre homens e deuses - não respondia a responsabilidades nem sofria sanções, já que executava a vontade de espíritos que governavam atos vitais. (GOTTSCHALL, 2007, p.12)

O primeiro documento histórico que versa sobre a responsabilização do médico pelos seus atos é a Ley de Ur Nammu (Fundador da III dinastia de Ur, na antiga mesopotâmia), escrita em sumério e mais conhecida como as Tábuas de Nippur (ano 2050 a.C), que serviu de base para o Código de Hammurabi (Sexto rei da Babilônia, que governou por 43 anos e dá nome ao código), datado aproximadamente de 1770 a.C., que inicia a história da reparação de dano causado por erro médico. Este código também trazia algumas normas relativas à boa prática da profissão e ao pagamento pelo serviço prestado. Contudo, em caso de infortúnio, severas penas eram aplicadas, e sua punição era quantificada segundo a lei de Talião, ou de acordo com a condição social da vítima.

O primeiro documento histórico que trata do problema do erro médico é o Código de Hamurabi (1790 – 1770 a.C), que também contém interessantes normas a respeito da profissão médica em geral. Basta dizer que alguns artigos dessa lei (215 e ss.) estabeleciam para as operações difíceis, uma compensação pela empreitada, que cabia ao médico. Paralelamente, em artigos sucessivos,

impunha-se ao cirurgião a máxima atenção e perícia no exercício da profissão; em caso contrário, desencadeavam-se severas penas que iam até a amputação da mão do médico imperito (ou desafortunado). Tais sanções eram aplicadas quando ocorria morte ou lesão ao paciente, por imperícia ou má prática, sendo previsto o ressarcimento do dano quando fosse mal curado um escravo ou animal. (KFOURI NETO, 2013, p.56-57)

Havia três formas de indenização:

- Ao homem livre, aplicava-se a Lei de Talião (Alma por alma, olho por olho, nariz por nariz, dente por dente, ferida por ferida)
- Ao Campesino (geralmente miserável), o valor da indenização era fixado por um juiz.
- Ao escravo, pagava-se o preço proporcional ao seu dono, ou ressarcia com outro escravo. (DANTAS, 2014, p.4)

Na antiga China, já existia um livro chamado Huang Ti Nei-Chingi, que significa “Doutrina Interior”, escrito por Huang Ti (2698-2598 a.C), que é considerado a segunda obra mais antiga da medicina. (DRUMMOND. 2012) Neste livro já havia relatos das funções do corpo humano, suas enfermidades e suas curas. Já nesta época, havia previsão de penas para erros médicos ou procedimentos mal sucedidos, inclusive com execução, caso isso ocorresse com pacientes de níveis sociais mais elevados, como bem explicita José Geraldo na seguinte passagem:

Escritos revelam a existência de médicos chineses mais graduados (que cobravam até 600 mil cargas de arroz como pagamento anual) e da pena de execução de médicos que falharam em casos de paciente mais graduados socialmente. (DRUMMOND, 2012, p.76)

O Direito Romano possui importante influência nas doutrinas jurídicas usadas até hoje. Foi daí que as relações interpessoais e a dinâmica da responsabilidade civil tiveram grandes mudanças, passando, nesse período, o Estado a intermediar a reparação de dano, e mitigando as vinganças privadas. No entanto, a retribuição do dano sofrido não foi extinta, apenas passou a ser aplicada mediante a autorização do Estado.

A Lei Cornélia já relatava uma série de delitos relacionados à prática médica, assim como as penas que deveriam ser aplicadas. Já em meados do século III a.C, a *Lex Aquilia de Damno* não só formulou o conceito de culpa, como listou uma série de ilícitos aos quais os médicos estavam sujeitos.

Na *Lex Aquilia* encontram-se os primeiros rudimentos da responsabilidade médica, prevendo a pena de morte ou deportação do médico culpado de falta profissional. Nas obras de Plínio, todavia, deparam-se reclamações de impunidade médica, tendo em vista a dificuldade, já àquela época, das

tipificações legais.

Afirmava Ulpiano (Dig., 1, 18, 6,7) que, ‘assim como não se deve imputar ao médico o evento morte, deve-se imputar-lhe o que houver cometido por imperícia’. Há mais de 1500 anos, já se cogitava da imperícia do médico, que se tornava responsável pelos danos que viesse a causar ao paciente por falta de habilidade ou conhecimentos. (KFOURI NETO, 2013, p.56-57)

No ano 451 a.C, foi criado em Roma um importante documento legislativo que discriminava claramente as sanções penais frente aos casos de lesões pessoais, levando em considerações outros fatores como o estado físico do paciente, sua qualificação, os gastos médicos, a incapacidade temporária e etc. Tal influência permaneceu até o Código Napoleônico. Esse documento legislativo romano era representado pela Lei das XII tábuas. (DANTAS. 2014)

Pode-se dizer que, no campo médico, a Grécia no século V a.C exerceu importante influência, através da adoção da ciência, deixando de lado o empirismo e o misticismo, os quais eram predominantes na época. Tal ciência teve seus estudos compilados levando à edição do *Corpus Hippocraticum*, cujo elemento mais famoso- o Juramento de Hipócrates- é, até hoje, reproduzido em todo mundo. (DANTAS. 2014)

O desenvolvimento científico, aliado ao filosófico, permitiu a mudança do pensamento quanto à responsabilização dos médicos, passando de puramente relacionado ao resultado em si, para a análise da conduta profissional, conforme explicita Dantas:

A culpa médica, para ser atestada, deveria ser objeto de análise de outros profissionais que, em colegiado, emitiriam seu parecer. A culpa, portanto, só seria declarada se houvesse desatenção aos preceitos ou descumprimento das práticas e procedimentos médico-sanitários usualmente aceitos à época. (DANTAS. 2014, p.10)

Durante o período helenístico, desenvolveu-se uma grande consciência profissional, influenciada pela filosofia moral, resultando numa ética de atenção ao doente. A filantropia como consequência da filotecnia. A evolução do “ethos” hipocrático transformou a prática médica em um empreendimento científico e cultural, culminando na conversão da medicina em profissão de fato. Os princípios fundamentais do *Corpus Hippocraticum* são:

- Reverência aos mestres
- Respeito ao sigilo profissional
- Benefício incondicional do paciente
- Absoluto respeito à vida humana, desde a concepção
- Moralidade pessoal e vida profissional irrepreensíveis. (DRUMMOND. 2012, p.79-80)

Os escritos do *Corpus Hippocraticum* formam uma importante coleção literária que versa sobre o humanismo médico, que evoluiu ao longo do tempo até encontrar-se com o cristianismo, devido às características morais semelhantes.

O *Corpus Hippocraticum* contém escritos deontológicos como o Juramento, Aforismo, Preceitos, Sobre o Médico, Sobre o Decoro, além de outros, os quais caracterizavam uma expressiva coleção literária do humanismo médico, que se avolumou progressivamente, culminando com o encontro entre as culturas da Antiga Grécia e o cristianismo, devido às semelhanças de seus princípios morais. (DRUMMOND, 2012, p.80)

Na Espanha, o Código de Las Siete Partidas, datado de 1252, foi o principal instrumento jurídico da era medieval. Neste documento, havia a previsão de suspensão do exercício profissional, o desterro, e, até a pena de morte para médicos que atuassem com imperícia ou além dos limites de sua competência. (BAISEREDO, 2016)

A influência Francesa se deu através de sua histórica Revolução, que apresentou aos seus cidadãos, e ao mundo, a carta dos direitos fundamentais do homem. Contudo, a autonomia do paciente só teve início, de fato, a partir da segunda metade do século XX. Antes disso, a relação era vertical, onde não havia questionamento às ordens médicas.

É surpreendente notar que a revolução liberal não tenha conseguido chegar à Medicina, cujas decisões importantes continuavam a ser tomadas pelos médicos de acordo com o seu sistema de valores, à revelia dos valores dos pacientes. Dessa forma, o paternalismo médico conseguiu chegar incólume até a metade do século XX com uma relação clínica baseada no modelo clássico, considerado monárquico ou vertical, onde as relações entre médico e paciente são caracteristicamente relações de mando e obediência. (DRUMMOND, 2012, p.96)

A evolução científica, médica e tecnológica ao longo do século XX mudou radicalmente a relação médico-paciente. O médico, que até outrora gozava de certa imunidade no exercício da profissão, passou responder por inúmeras responsabilidades até então inexistentes.

No âmbito internacional, o Direito Médico possui como fonte a formulação de diversos documentos. Dentre eles, estão:

- Declaração Universal dos Direitos do Homem
- Código Internacional de Ética Médica
- Código de Nuremberg
- Declaração de Olso
- Declaração para a Promoção dos Direitos do Paciente
- Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos das Nações Unidas
- Declaração de Direitos do Paciente (DRUMMOND, 2004, p.03)

O resultado destas pressões de usuários do sistema de saúde americano foi que, em 1972, a Associação Americana de Hospitais resolveu adotar a sua Declaração de Direitos do Paciente, que revolucionou a postura das instituições assistenciais, com responsabilidades definidas ante os direitos de seus pacientes.

Esta Declaração de Direitos do Paciente reconhece doze direitos, a saber, direito a uma:

- Cuidado respeitoso.
- Acesso a toda informação médica sobre sua pessoa.
- Receber toda a informação necessária para dar seu consentimento informado.
- Recusar tratamento.
- Privacidade.
- Confidencialidade.
- Resposta às suas demandas de atenção.
- Informação médica sobre seu atendimento em outras instituições.
- Recusar participar de projetos de pesquisa.
- Continuidade da atenção médica.
- Examinar e receber explicações sobre suas despesas.
- Conhecer os regulamentos do hospital. (DRUMOND, 2004, p.04)

No Brasil, a responsabilidade civil teve seu início nas Ordenações do Reino, que continha forte influência do Direito Romano, o qual era fonte subsidiária do direito positivo. Até esse momento, a responsabilidade civil estava indissociada da responsabilidade penal. Era o Código Criminal que determinava a reparação do dano causado à vítima. Posteriormente, houve a cisão da responsabilidade civil da criminal, tornando-as independentes. A responsabilidade civil passou a ser balizada pela observação dos textos legais e do cumprimento da norma contratual. Em 1988, com a formulação da atual Constituição Federal, o dano moral tornou-se elemento constitucional, sendo consolidada pelo Novo Código Civil de 2002, aliando-se à visão da responsabilidade objetiva prevista no Código de Defesa do Consumidor, uma nova era foi inaugurada. (DANTAS. 2014)

3.2 – Breve Histórico do Direito Militar

Não se tem conhecimento exato de quando surgiu o Direito Militar, porém, através de diversos registros históricos, pode-se inferir que o nascimento se deu junto aos exércitos mais antigos de cada povo, no período de expansão territorial através de conquistas, em busca de riquezas e poder. O objetivo da Justiça Militar era, e ainda é, garantir uma Força Armada eminentemente disciplinada e hierarquizada (pilares do militarismo), pronto para agir em qualquer situação e sob o estrito comando de seus superiores. (CORREA, 1991)

A base do militarismo, que são a Hierarquia e a Disciplina, parecem ter origem

junto ao surgimento da espécie humana. Ao longo da história da evolução, pode-se encontrar inúmeros registros que constataam que desde as espécies mais pré-históricas, o homem (*Homo Habilis*), já se organizava em grupos sociais com tradições culturais rudimentares como a hierarquia, herdada dos primatas. Praticava a cooperação social, compartilhando alimentos entre os membros do grupo (*Homo Erectus*), e utilizando da avanço comportamental e desenvolvimento mental modulado (técnicos, naturalista, sociais, linguísticos) e da inteligência social para preservação de seu grupo, onde, possivelmente, surgiu a disciplina. (homo sapiens). (BARREIROS, 2017)

O homem moderno, ciente da necessidade de preservação dos interesses, territórios, recursos e integridade física de seu grupo social, formava uma pequena sociedade militar dentro da sociedade civil. Os integrantes desse grupo possuíam atitudes distintas de seus pares, tais como a conduta, vestimentas e tarefas, esta última, inclusive, impostas por estes pares, e regidos por normas de condutas baixadas por quem detinha o poder, para defesa do todo social, principalmente, contra agressões externas. (CORREA, 1991).

A criação de uma Força Militar se dava pela formação de um grupo composto em situações de guerra. Como essas situações tornaram-se muito frequente, fez-se necessário o surgimento de uma instituição permanente, e que acompanhou a evolução do próprio Estado. O conceito de ‘exército moderno’ surge no século XVIII, cujas características, de acordo com os ensinamentos de Santiago (CORRÊA, 1991, APUD SANTIAGO, 1938, p. 782), eram: “nacionais, obrigatórios, permanentes, unificados, hierarquizados, uniformizados, disciplinados, profissionais e adstritos à finalidade política do Estado.” Importante ressaltar que o termo “exército” deriva, na história mundial, da primeira instituição militar que foi das forças de terra, que por estar em constantes exercícios, denominou-se Exército. Contudo, em seu sentido mais amplo, também se refere à Marinha (forças de mar) e à Aeronáutica (forças do ar). (CORREA, 1991).

Da necessidade de se ter um exército altamente disciplinado e sob controle total de seus superiores hierárquicos, pronto para agir em qualquer situação, seja na defesa dos interesses de seu povo ou nas conquistas de novos territórios, fez-se imprescindível a existência um regime rígido, com sanções graves e de aplicação imediata. (CORREA, 1991)

No código de Ur-Nammu na antiga Mesopotâmia, a mais antiga lei conhecida, já era previsto crime militar, porém, sem uma jurisdição específica, e sim submetido à vontade do seu maior chefe, no caso o Rei. O Código de Hammurabi, da mesma forma

que antigas leis egípcias e assírias, também previa normas de caráter militar, como na passagem traduzida de seu código: “Que Samas, o grande Juiz do céu e da terra, aquele que conduz retamente os seres vivos, o senhor, meu refúgio, derrube a sua realeza, não promulgue o seu direito, confunda o seu caminho, faça cair a disciplina do seu exército.”. (PINHEIRO, 1986/1987, p. 61).

A Grécia antiga teve importante contribuição para o Direito Militar. Em Atenas e Esparta, importantes cidades da época, havia uma jurisdição militar semelhante a atual, onde havia distinção da justiça em tempos de paz e em tempos de guerra, na qual a decisão ficava com o chefe militar e em especial com os ‘*estrategas*’. Platão corroborava a necessidade de uma justiça própria para os militares como descrito na passagem: “o magistrado deveria pertencer à mesma arma do militar culpável, de modo que o infante fosse julgado por outro infante, e de igual modo com respeito às demais armas”.(CORRÊA, 1991 APUD PLATÃO TRADUÇÃO DE 1975)

Em Roma, a justiça militar tornou-se mais organizada e clara, ganhando um capítulo exclusivo no Digesto – *De Re Militare*. Já nessa época, encontravam-se descritos, praticamente, todos os crimes militares existentes na atualidade, como por exemplo a deserção. Sua evolução durante o império romano demonstrou a importância do Direito Militar, que contribuiu para a coesão e eficácia do exército romano por meio de sua rígida Justiça Castrense, baseada na Hierarquia e Disciplina, o que garantiu a ascensão e manutenção desse império no poder por séculos. Quando essa base foi desrespeitada, conforme leciona o ilustríssimo magistrado aposentado da justiça militar, Univaldo Corrêa: “com generais pondo e depondo imperadores, sobreveio o caos, e Roma, com sua glória, ruiu”, dando início a chamada Idade Média. (CORRÊA, 1991, p.49)

Com o objetivo de sintetizar a história da Idade Média e chegar logo ao Brasil, cita-se a importância de Portugal, cujo País do qual o Brasil era colônia, e do qual recebeu toda a cultura, costumes e, inclusive, o Direito, este último com grande influência do Direito Romano, canônico e visigótico.

Já no Brasil, o Direito nasceu com a instalação do Santo Ofício, documento no qual eram descritos os crimes contra a fé, operado pela Inquisição nos tribunais eclesiásticos, e pelas Ordenações Filipinas. Posteriormente, juntaram-se os Artigos de Guerra, de Conde de Lippe, em 1763, que vigoraram no Brasil, na esfera criminal, até o final do Século XIX, quando foi criado o Código Penal da Armada (nome dado, até então, à Marinha do Brasil). Nesse meio tempo, mais precisamente em 1808, com a Europa em Ebulição, a invasão de Napoleão em Portugal culminou na vinda da Família Real

Portuguesa para Brasil, fato este que mudou radicalmente a história do Brasil. O Príncipe Regente D. João VI nomeou vários Ministros dentre os quais estavam o da Marinha e Ultramar e da Guerra, assim como a instalação do Conselho Supremo Militar e da Justiça. De volta ao Código Penal da Armada, este estendeu-se ao Exército Nacional, e até à Força Aérea, sendo substituído apenas em 1944 com a entrada em vigor do Código Penal Militar (CPM), e suas posteriores atualizações. (CORREA, 1991)

Atualmente, no Brasil, diversos são os dispositivos jurídicos e legais que dispõem sobre a disciplina e hierarquia militar, como exposto a seguir trecho do Estatuto dos Militares (Lei 6880 de 09 de Dezembro de 1980), assim como tipifica os desvios de conduta caracterizando-os ou como crime, podendo este ser classificado como contravenção ou transgressão disciplinar, ou ainda, crime militar. Além disso, o militar deve estar atento ao fiel cumprimento das leis, normas, regulamentos, ordens e disposições, a fim de contribuir para o funcionamento regular e harmônico do organismo militar.

Art. 14. A hierarquia e a disciplina são a base institucional das Forças Armadas. A autoridade e a responsabilidade crescem com o grau hierárquico.

§ 1º A hierarquia militar é a ordenação da autoridade, em níveis diferentes, dentro da estrutura das Forças Armadas. A ordenação se faz por postos ou graduações; dentro de um mesmo posto ou graduação se faz pela antiguidade no posto ou na graduação. O respeito à hierarquia é consubstanciado no espírito de acatamento à sequência de autoridade.

§ 2º Disciplina é a rigorosa observância e o acatamento integral das leis, regulamentos, normas e disposições que fundamentam o organismo militar e coordenam seu funcionamento regular e harmônico, traduzindo-se pelo perfeito cumprimento do dever por parte de todos e de cada um dos componentes desse organismo.

§ 3º A disciplina e o respeito à hierarquia devem ser mantidos em todas as circunstâncias da vida entre militares da ativa, da reserva remunerada e reformados. (Lei 6880 de 09 de Dezembro de 1980)

A vida profissional militar possui características distintas do restante da sociedade. Por esse mesmo motivo, e visto ao longo da história, faz-se necessária a distinção do Direito e da Justiça para este grupo. Suas ações e atitudes, seja durante o serviço ou não, são balizadas pelo preceito da ética, honra, respeito à hierárquica, disciplina, integridade moral e caráter, características estas que formam o conceito de pundonor militar. Conceito este que designa um cidadão com atitudes exemplares para a sociedade, das quais não se pode abrir mão. Por conta disso, e além de todo o regulamento jurídico que rege a vida em sociedade, através da Justiça comum, o militar também tem suas ações sujeita às sanções previstas no Regulamento Disciplinar Militar (RDM), no Código Penal Militar (CPM) e no Código de Processo Penal Militar (CPPM).

4 – CARREIRA DO OFICIAL MÉDICO NAS FORÇAS ARMADAS

Seja temporário ou carreira, o civismo e o patriotismo devem estar no cerne da vida militar. Dessa forma, alguns colegas médicos acabam não se adaptando aos preceitos rígidos de hierarquia e disciplina, que são os pilares de sustentação da vida militar. Este capítulo basear-se-á na carreira de Oficial da Marinha do Brasil, para discussão do tema.

O médico pode ingressar nas Forças Armadas através das seguintes formas: Concurso para o quadro de carreira do Corpo de Saúde da Marinha (CSM); Concurso para o Serviço Militar Voluntário (SMV); Convocação para o Serviço Militar Obrigatório (SMO); ou ainda, por convocação de emergência determinada pelo Presidente da República. (ARÊAS 2012)

4.1 Corpo de Saúde da Marinha

A carreira de um Oficial Médico pode ser dividida em 3 períodos, que serão discutidos a seguir:

- 1- Processo de seleção e suas etapas
- 2- Curso de Formação de Oficiais (CFO)
- 3- Plano de carreira e seus requisitos. (BRASIL, 2016)

4.1.1Do processo de seleção:

O ingresso no quadro de médico de carreira das Forças Armadas ocorre através de concurso público. Sua periodicidade é anual e possui abrangência nacional. Durante o processo de seleção, o candidato passa por diversas etapas de caráter eliminatório, como prova de conhecimento técnico, escrita e oral (de acordo com o determinado por cada Força Armada). Se aprovado na primeira etapa, passa para a segunda, que consta de exame psicotécnico; exame clínico e laboratorial, a fim de avaliar a higidez do candidato e habilitá-lo a participar da terceira etapa de seleção, que é o teste de aptidão física, cujos índices são distintos de acordo com cada instituição. Além disso, o candidato também deve preencher determinados requisitos como, por exemplo:

- Idade abaixo de 36 anos;
- ser Brasileiro nato;
- Possuir bons antecedentes;
- Não estar na condição de réu em ação penal;
- Não ter sido, nos últimos 5 anos, responsabilizado por dano ao patrimônio público ou condenado em ação criminal, com trânsito em julgado;

- Se ex-integrante de qualquer Força Armada ou Força Auxiliar, não ter sido demitido ex-offício, considerado indigno para o Oficialato ou excluído ao bem da disciplina.
- Possuir graduação por faculdade reconhecida pelo Ministério da Educação
- Possuir registro junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM)(BRASIL, 2016)

4.1.2 Do Curso de Formação de Oficiais

Os candidatos aprovados na primeira etapa são matriculados no Curso de Formação de Oficiais (CFO) da respectiva Força para a qual se inscreveu. O curso possui três fases: Adaptação, Curso de Formação de Oficiais propriamente dito, e estágio de aplicação.

A primeira fase, chamada de adaptação, tem duração média de 4 semanas, nas quais o candidato fica aquartelado, havendo conferência das documentações e requisitos exigidos no edital, assim como nova inspeção de saúde, para verificar a manutenção dos parâmetros de higiene apresentados no primeiro período de seleção. Os candidatos que não atenderem as exigências são eliminados do processo. Os que não se adaptarem à rotina militar podem solicitar baixa. Já aqueles em conformidade com o edital, são inscritos no CFO.

Ao iniciar o CFO, segunda fase, os candidatos são designados alunos no posto de Guardas-Marinha, à exceção daqueles que já prestaram serviço militar voluntário, obrigatório, ou ainda, tenham servido em outra Força Armada ou Força auxiliar, que nestes casos mantém o posto alcançado nas respectivas instituições. A formatação do currículo escolar do curso tem como finalidade a formação militar naval dos futuros Oficiais.

A terceira fase consiste nos estágios de aplicação onde cada quadro é destacado para os locais de atuação profissional no futuro, a fim de conhecer a rotina de funcionamento. Ao final do curso, os alunos aprovados em todas as etapas são declarados Primeiros-Tenentes.

A segunda forma de ingressar nas Forças Armadas é através da convocação obrigatória dos médicos que possuem tanto o certificado de adiamento militar (CAM), que protela a incorporação até o término da formação de nível superior, quanto o certificado de dispensa de incorporação (CDI), conforme a Lei 12.336 de 26 de outubro de 2010 que deu nova redação ao artigo 4º da Lei 5.292 de 08 de junho de 1967, que

dispõe sobre a prestação de serviço militar pelos Médico, Farmacêuticos, Dentistas, Veterinários ou, ainda, os estudantes desses cursos superiores, o qual transcrevo abaixo:

Art. 4o Os concluintes dos cursos nos IEs destinados à formação de médicos, farmacêuticos, dentistas e veterinários que não tenham prestado o serviço militar inicial obrigatório no momento da convocação de sua classe, por adiamento ou dispensa de incorporação, deverão prestar o serviço militar no ano seguinte ao da conclusão do respectivo curso ou após a realização de programa de residência médica ou pós-graduação, na forma estabelecida pelo caput e pela alínea 'a' do parágrafo único do art. 3o, obedecidas as demais condições fixadas nesta Lei e em sua regulamentação. (Redação dada pela Lei nº 12.336, de 2010)

A duração da prestação do Serviço Militar Inicial Obrigatório (SMO) é de doze meses, sendo 45 dias de instrução militar naval realizada obrigatoriamente em órgãos de formação de reserva, e o restante do período para aplicação dos conhecimentos técnico-profissionais na organização militar(OM) para a qual foi designado. Caso haja interesse da administração naval, o militar poderá renovar, sucessivamente, o período inicial. Sendo que a prestação de serviço militar temporário possui um limite total máximo de 10 anos de serviço, contínuos ou não, contados independente da Força Armada que serviu, e até o limite de 45 anos de idade do militar.

Uma terceira porta de entrada é através do Serviço Militar Voluntário, por meio de processo seletivo público, quando em tempos de paz e mediante aceitação voluntária nos termos do Estatuto dos Militares e do Regulamento de Reserva da Marinha, o profissional selecionado poderá ser designado para o serviço ativo da Marinha, e possuirá caráter temporário. A duração da prestação do serviço e a formação dos oficiais temporários seguem o mesmo padrão do serviço militar obrigatório.

Ao final do período de prestação de serviço temporário, seja voluntário ou obrigatório, os profissionais serão licenciados do serviço ativo da Marinha no posto de Primeiro-Tenente da Reserva.

Uma outra possibilidade de ingresso é a convocação de emergência por determinação do Presidente da República que, segundo o artigo 19 da lei 4375/64, qualquer brasileiro, tendo ou não prestado serviço militar anterior, poderá ser convocado para casos de calamidade pública, ou para garantia da ordem, ou, ainda, evitar sua perturbação.

Terminado o período de formação, os Primeiros-Tenentes do CSM e os Guardas-Marinha médicos (as) da reserva de segunda classe são designados para uma OM de saúde, de ensino, ou operativa, onde irão exercer sua atividade profissional sem ter

recebido nenhum conhecimento jurídico acerca da responsabilidade profissional a que estão sujeitos.

Nas OMs da saúde, seja ela Hospitais, policlínicas ou ambulatórios navais, os(as) oficiais médicos(as) atuam cuidando, promovendo e restaurando a saúde dos militares e seus dependentes. Os(as) jovens médicos(as) dispõem de equipamentos modernos e de alta tecnologia disponibilizados pela alta administração naval, tanto para treinamento quanto para exercer sua atividade. Além disso, contam com a ajuda de profissionais experientes e gabaritados, muitos deles com títulos de mestrado e doutorado. Entretanto, pouquíssimos são os profissionais que possuem noção jurídica sobre sua profissão e o quanto o Direito pode interferir na atividade profissional e na relação médico-paciente-instituição.

Na área do Ensino, o médico atua de forma pericial, realizando inspeções de saúde na forma da legislação vigente, e assistencial, no atendimento da tripulação e na realização de treinamentos para situações de emergência aos alunos e enfermeiros.

Já na Medicina Operativa, o oficial-médico tem a oportunidade de atuar em diversos meios, como: fuzileiros navais, navios, unidades aéreas, Unidade Médica Expedicionária da Marinha (UMEM) e Equipe de Pronto Emprego (EPE), nos quais desempenha atividade de fundamental importância para a Marinha do Brasil, que é a manutenção da higidez dos militares encarregados do preparo e emprego do Poder Naval. Nas diversas operações, apesar de não estar em uma unidade de saúde, o(a) médico(a) conta com todos os equipamentos necessários à sua atividade, além de equipe de enfermeiros bem formados e treinados.

O Ministério da Defesa (MD) tem investido cada vez mais na Medicina Operativa com propósito de integrar e garantir a interoperabilidade entre o Exército, Marinha e Aeronáutica, permitindo a atuação conjunta de profissionais em situações de conflito, operações de paz e desastres naturais e antropogênicos. Um dos objetivos desse investimento é a criação de um centro de medicina operativa das Forças Armadas. O objetivo do MD, com uma visão estratégica ampliada, é avançar com a Medicina Operativa, gerando estratégias, difundindo conhecimento e capacitando os profissionais da saúde para as situações de desastres naturais, ajuda humanitária, atentado terrorista, catástrofes, trauma com múltiplas vítimas e situações de conflito. Desse modo, visa transformar o Brasil em uma referência de excelência nesse tipo de atendimento médico. (BRASIL, 2017)

Na lição do excelentíssimo Vica-Almirante Dr Edmar da Cruz Arêas, em notável

ensaio sobre a matéria, a atividade operativa é imprescindível à carreira do oficial médico, uma vez que ela é a razão de sua existência nas Forças Armadas. (ARÊAS. 2012)

Ao longo da carreira, o oficial médico do CSM é preparado continuamente para exercer suas atividades assistências, periciais, operativas e técnicas-administrativas, sendo oferecida especialização por meio do aperfeiçoamento, residência ou pós-graduação, e da possibilidade de realizar mestrado e doutorado. Além disso, os oficiais precisam realizar cursos de capacitação para desempenhar as funções correspondentes a cada posto, sendo esses cursos requisitos de carreira para quem almeja alcançar os mais altos postos do CSM. Contudo, durante toda a carreira, a única orientação jurídica sobre responsabilidade profissional é feita através de um MBA (Mestre em Administração de Negócios, na sigla em inglês) em Gestão de Saúde pelo COPPEAD (Instituto de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração de Empresas da Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ), durante o C-PEM (Curso de Política e Estratégia Marítimas), disponível apenas para os oficiais no 2º ou 3º ano do posto de Capitão de Mar e Guerra.

5. RESPONSABILIDADE CIVIL E SEUS LIMITES

A responsabilidade civil existe de longa data, mas foi com o Direito moderno que ganhou destaque prático e teórico. A expansão do campo de abrangência desta seara foi um importante propulsor desta matéria. Hoje, diversas são as áreas cobertas por este ramo do Direito, não se restringindo somente aos interesses privados. Como bem explicita Cavalieri: “Pode-se dizer que seus domínios são ampliados na mesma proporção em que se multiplicam os inventos, as descobertas e outras conquistas da atividade humana.” (CAVALIERI FILHO, 2012, p.1) Entretanto, assim como acontece com a própria definição de Direito, não há um conceito único sobre o que é a responsabilidade civil. (DINIZ, 2012) Para Maria Helena Diniz, esse conceito seria:

A responsabilidade civil é a aplicação de medidas que obriguem uma pessoa a reparar dano moral ou patrimonial causado a terceiros, em razão de ato por ela mesmo praticado, por pessoa por quem ela responde, por alguma coisa a ele pertencente ou de simples imposição legal. (DINIZ, 2015, p.35)

Para Cavalieri Filho, faz-se necessária a distinção entre obrigação e responsabilidade, onde o primeiro é originário e o segundo sucessivo. Portanto, a violação do dever jurídico originário, ou seja, deixar de cumprir a obrigação faz surgir o dever de responsabilidade, cabendo o dever de recompor o prejuízo causado. Em resumo, o dever principal é não causar prejuízo e o dever subsequente é ressarcir o prejuízo causado. (CAVALIERI FILHO, 2012)

Assim como não há sombra sem corpo físico, também não há responsabilidade sem a correspondente obrigação. Sempre que quisermos saber quem é o responsável teremos que identificar aquele a quem a lei imputou a obrigação, porque ninguém poderá ser responsabilizado por nada sem ter violado dever jurídico preexistente. [...] Sem violação de um dever jurídico preexistente, portanto, não há que se fale em responsabilidade em qualquer modalidade, porque esta é um dever sucessivo decorrente daquele. (CAVALIERI FILHO, 2012, p.28)

Embora a doutrina encontre certa dificuldade em conceituar universalmente a responsabilidade civil, o mesmo não ocorre com o fato de entender as consequências derivadas deste fenômeno jurídico. Néri Tadeu nos ensina que toda vez que um dano, ofensa ou prejuízo ocorrer, o causador deste dano deve ser responsabilizado, indenizando o lesado na situação. (SOUZA, 2017)

A ideia de responsabilidade civil pode ser definida, de forma simplista, como a obrigação do ser humano em ressarcir um prejuízo causado a outrem. Segundo Cavalieri

Filho, toda vez que o equilíbrio jurídico-econômico anteriormente existente for quebrado, haverá a necessidade de reparação do dano causado. (CAVALIERI FILHO, 2012)

Para que um dano seja reparado, entretanto, é necessária a presença de elementos que atestem o fato do agente e o dano da vítima. A essa relação deu-se o nome de nexo causal. Como bem sedimentado na doutrina jurídica, se não houver dano, não há o que se falar em responsabilidade civil. Ademais, é preciso verificar também a ausência de outros elementos que eximam o autor dessa responsabilidade. (FIGUEIREDO E LANA. 2006)

No Brasil, a delimitação da responsabilidade civil é dada através do Novo Código Civil, com entendimento de que aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imprudência, violar direito ou causar prejuízo a outrem fica obrigado a reparar o dano.

5.1 Distinção entre Responsabilidade Civil Contratual e Extracontratual

De acordo com a doutrina de Cavalieri Filho (2012, p. 16), a responsabilidade civil é dividida em contratual e extracontratual, isto é, “de acordo com a qualidade da violação”. A diferença entre esses dois tipos decorre de um descumprimento de obrigação estabelecida contratualmente.

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

Art. 187. Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.

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

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem. (Redação dada pela LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002.)

A responsabilidade contratual é aquela determinada pelo artigo 104 do Código Civil, baseada nos seguintes requisitos: validade, agente capaz, objeto lícito, possível, determinado ou determinável, em que uma das partes cause dano à outra, seja por inadimplemento obrigacional ou ainda pecuniário.

Já na extracontratual, a responsabilidade independe do contrato firmado entre as partes. Nesta situação, deverá haver a prática de um ato ilícito que cause prejuízo a outrem mediante ação ou omissão. Estas regras estão dispostas no art. 186 e parágrafo único do art. 927 do Código Civil - chamada de responsabilidade civil extracontratual subjetiva.

Sobre a natureza jurídica da responsabilidade médica, Henrique Freire, em seu

livro sobre o que os médicos precisam saber sobre responsabilidade civil, aduz que “a relação de determinado ato médico, nem sempre será decorrente de um contrato; ele poderá ser decorrente também de um dever legal.” (SOUZA 2017, p. 94). Entretanto, há um consenso de que ela é contratual, ou seja, um contrato de prestação de serviços, em se tratando de casos eletivos, e extracontratual em casos de assistência de urgência e emergência. Independentemente do tipo de contrato observado entre as partes, é necessária a presença de três requisitos básicos para configurar a responsabilidade do médico: o dano, onexo causal e a violação ou descumprimento de um dever jurídico. (CARVALHO, 2012)

Enquanto a responsabilidade contratual tem sua origem na convenção entre as partes, a extracontratual tem origem na inobservância do dever genérico de não lesar ou causar dano a outrem.

Ressalte-se, todavia, que em qualquer dessas modalidades a configuração da responsabilidade dependerá da presença de três requisitos básicos: o dano, a violação ou descumprimento de um dever jurídico ou contratual e o nexode causalidade.

Assim, para que ocorra a responsabilidade contratual, é básico, além da existência de um contrato válido entre as partes, a ocorrência da inobservância contratual, materializado pelo inadimplemento ou pela mora das obrigações assumidas pelas partes.

Por outro lado, a ocorrência de uma lesão a bens ou quaisquer direitos integrantes da esfera jurídica alheia, independente da existência de vínculo contratual, impõe ao causador do dano, como consequência, o dever de indenizar.

Ocorrendo a transgressão de um dever imposto através de um negócio jurídico, há um ilícito negocial ou contratual. Em sentido contrário, se a violação se refere a um dever jurídico legal, o ilícito é extracontratual. (CARVALHO, 2009. p.22 e 23)

5.2 Obrigação de Meio e de Resultado

Para Maria Helena Diniz (DINIZ, 2012), a obrigação de meio é aquela em que o prestador de serviço ou profissional obriga-se tão somente a usar os meios disponíveis, através da prudência e diligência, para alcançar um resultado, sem, contudo, obrigar-se a produzi-lo.

(...) Seu conteúdo é a própria atividade do devedor, ou seja, os meios tendentes a produzir o escopo almejado, de maneira que a inexecução da obrigação se caracteriza pela omissão do dever em tomar certas precauções, sem se cogitar do resultado final. (...) Isto é assim porque nessa relação obrigacional o devedor apenas está obrigado a fazer o que estiver a seu alcance para conseguir a meta pretendida pelo credor; logo, liberado estará da obrigação se agiu com prudência, diligência e escrúpulo, independentemente da consecução efetiva do resultado. (DINIZ 2002, p.239 e ss)

Transportando esse conceito para o Direito Médico, Henrique Freire de Oliveira Souza, brilhantemente, traduz de forma clara como isso se aplicaria:

Essa atividade médica é, em regra, **UMA OBRIGAÇÃO DE MEIO**; ou seja: não tem o médico o dever ou a obrigação de curar o paciente ou de alcançar determinado resultado; as suas obrigações básicas seriam: tratar **DIGNAMENTE O PACIENTE**; **INFORMAR, ESCLARECER E OBTER CONSENTIMENTO**; **USAR A TÉCNICA APROVADA E ADEQUADA DISPONÍVEL PARA O CASO**; e atuar sempre em obediência aos seguintes princípios: **NÃO CAUSAR DANO** e **ATUAR SEMPRE NO INTERESSE DO PACIENTE**. É claro que esse atuar do médico irá depender de uma relação com o paciente fundada na confiança (o paciente deve confiar na atuação do profissional e não irá omitir nada dele), na cooperação (o paciente irá cooperar com o médico e o seu tratamento), no respeito e na lealdade (o paciente irá seguir as instruções e recomendações dadas, recebendo do médico toda a informação necessária). (SOUZA, 2017, p.100)

Já a obrigação de resultado, segundo Gevinal Veloso França (2016), é quando a parte contratante pode exigir dos prestadores de serviço e profissionais o cumprimento do objeto contratual com a produção do resultado almejado, sem o qual acarretará no inadimplemento da relação obrigacional. Para França, isso não é cabível no caso da assistência à saúde, conforme passagem:

A obrigação de resultado, em que se exige do devedor ativo de dar ou fazer alguma coisa, parece-nos a cobrança contratual aos prestadores de serviços de coisas materiais, ao não cumprirem a promessa quantitativa ou qualitativa de uma empreitada. Isso, é claro, não poderia ocorrer na assistência médica. (FRANÇA, 2016, p.281)

5.3 Responsabilidade Civil Subjetiva e seus Pressupostos

A Responsabilidade Civil Subjetiva tem como elemento fundamental a culpa, conforme indicado nos artigos 186 e 927 do Código Civil. Nesta situação, aquele que sofreu um dano deve, obrigatoriamente, provar a presença do elemento subjetivo a que o nome se refere. Isto é: deve-se provar a vontade de uma parte em causar (ação ou omissão) um prejuízo (dano) moral ou material, seja intencional (dolo), ou não (culpa), e a relação de causa e consequência (nexo de causalidade) para que, de outro lado, surja o dever de indenizar. (MELO, 2014) Nesse capítulo, pretende-se abordar esses conceitos de forma simples e sucinta.

5.3.1 Dano

Em relação ao dano, sem aprofundar nas diversas modalidades “é toda lesão nos interesses de outrem tutelados pela ordem jurídica, quer os interesses sejam de ordem

patrimonial, quer sejam de caráter não patrimonial”. Em seu sentido amplo, o dano vem a ser a lesão de qualquer bem jurídico, e aí se inclui o dano moral. Este, por sua vez, pode não atingir bens materiais, mas simplesmente causar um sofrimento físico ou moral. (FIGUEIREDO. 2009 p.133)

5.3.2 Dolo

Embora o legislador tenha mencionado apenas o elemento culpa, Cavalieri Filho nos ensina que o referido termo configura, além da “noção de culpa, que tem, aqui, sentido amplo (lato sensu), abrangente de toda espécie de comportamento contrário ao Direito, seja intencional, como no caso de dolo, ou tencional, como na culpa.”.(CAVALIERI FILHO, 2012 p.31)

Tanto no dolo como na culpa há conduta voluntária do agente, só que no primeiro caso a conduta já nasce ilícita, porquanto a vontade se dirige à concretização de um resultado antijurídico - o dolo abrange a conduta e o efeito lesivo dele resultante -, enquanto que no segundo a conduta nasce lícita, tornando-se ilícita na medida em que se desvia dos padrões socialmente adequados. O juízo de desvalor no dolo incide sobre a conduta, ilícita desde a sua origem; na culpa, incide apenas sobre o resultado. Em suma, no dolo o agente quer a ação e o resultado, ao passo que na culpa ele só quer a ação, vindo a atingir o resultado por desvio acidental de conduta decorrente de falta de cuidado.(CAVALIERI FILHO, 2012, p.32)

Portanto, dolo é quando o agente atua com o propósito de um resultado ou assume o risco de produzi-lo.

5.3.3 Culpa

Já na culpa, esta ocorre quando o agente provoca o resultado em virtude de sua imprudência, negligência ou imperícia.

A imprudência é falta da cautela ou cuidado por uma conduta comissiva, positiva, por ação no agir do profissional, seja na qualidade de médico em si ou investido na função de perito. Já, a negligência expressa uma omissão, o descaso, falta de cuidado ou de atenção, a inobservância, geralmente o *non facere quod debeat*, quer dizer, a omissão quando do agente exigia-se uma ação ou conduta positiva. A imperícia, por sua vez, decorre de falta de habilidade no exercício de atividades, caracteriza uma insuficiência de conhecimentos científicos – de habilidades técnicas – no atuar dentro da atividade profissional (SIC) (FIGUEIREDO, 2009, p. 138).

Em resumo, a imprudência é quando o profissional age sem o cuidado necessário, mesmo sabendo que essa conduta pode gerar dano ao paciente. Possui caráter comissivo, pois depende da ação do autor para causar dano. (FRANÇA. 2016)

A negligência, por definição, também decorre de um ato sem a devida cautela, porém, nesse caso, o dano é decorrente da falta de ação, de não cumprir um dever. Portanto, a negligência tem caráter omissivo. Um profissional que age sem a devida atenção ao ato, sintomas, exames e etc, causando dano ao paciente, está agindo com negligência. (KFOURI NETO. 2013)

A imperícia é quando o autor age sem observar as normas, seja por falta de conhecimento necessário para realizar tal ação, seja pela inabilitação para realizar determinada profissão, arte ou ofício. (FIGUEIREDO. 2009)

Em alguns casos especificados em lei ou conforme a atividade desenvolvida, porém, o Código Civil admite a culpa presumida, conforme visto anteriormente no disposto no parágrafo único do artigo 927.

Existe também a culpa exclusiva da vítima que ocorre quando há quebra da relação de causa e efeito (nexo causal) entre o ato do profissional e o dano do paciente. É importante que se tenha consciência de que o ato do oficial médico ou de outros profissionais de saúde é apenas um meio para obter o resultado desejado, não obstante, a colaboração do paciente para alcançar tal objetivo é de fundamental importância. Logo, caso o paciente não cumpra com o seu dever, não poderá demandar do profissional e/ou instituições prestadoras de assistência à saúde, militares ou civis, o dever de reparação, pois tal desfecho ocorreu exclusivamente por sua própria culpa, conforme já ilustra a jurisprudência abaixo:

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO INDENIZATÓRIA - RESPONSABILIDADE CIVIL - CIRURGIA OFTALMOLÓGICA - ERRO MÉDICO NÃO CARACTERIZADO EM RAZÃO DA CONFIGURAÇÃO DA CULPA EXCLUSIVA DO PACIENTE NA LESÃO POR ELE SOFRIDA - SENTENÇA SINGULAR MANTIDA - RECURSO APELATÓRIO DESPROVIDO. 1. Demonstrado nos autos que a lesão oftalmológica sofrida pelo autor decorre de sua exclusiva culpa, máxime quando após o início do ato operatório não manteve ele o resguardo necessário ao sucesso da operação, não há como atribuir, nesse caso, o pretenso erro médico gerador da indenização pleiteada na exordial. 2. Caso em que, mostra-se correta a sentença apelada que julgou improcedente o pedido indenizatório, devendo, por isso, ser desprovido o apelo que almejava a reforma daquele decisum. (Ap 766/2011, DES. JOSÉ FERREIRA LEITE, SEXTA CÂMARA CÍVEL, Julgado em 06/04/2011, Publicado no DJE 13/04/2011)
(TJ-MT - APL: 00023464120058110009 766/2011, Relator: DES. JOSÉ FERREIRA LEITE, Data de Julgamento: 06/04/2011, SEXTA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 13/04/2011)

5.3.4 Ação e Omissão

A conduta de um agente pode ser classificada de duas formas:

- 1- Comissiva: é quando o resultado depende da ação do sujeito.
- 2- Omissiva: é quando o resultado ocorre pela falta de uma ação que deveria ser tomada pelo sujeito.

Outro conceito extremamente importante para o oficial médico e demais profissionais da saúde, é extraído do artigo 13 parágrafo segundo do Código Penal, que é a omissão imprópria. Nesta situação, o resultado ocorre quando o agente, chamado de garantidor, tem obrigação legal de agir para evitar um desfecho, mas não o faz. Dessa forma, responde como se tivesse agido com dolo.

Art. 13 - O resultado, de que depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa. Considera-se causa a ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido.

§ 2º - A omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado. O dever de agir incumbe a quem:

- a) tenha por lei obrigação de cuidado, proteção ou vigilância
 - b) de outra forma, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado
 - c) com seu comportamento anterior, criou o risco da ocorrência do resultado.
- (REDAÇÃO DADA PELO DECRETO-LEI 2.848 DE 1940)

5.3.5 Nexo de Causalidade

Por fim, sobre a nexo de causalidade aduz Figueiredo (2009) que a indenização só abarcará os danos causados pelo fato ilícito e pela conduta culposa se a ele estiver concatenado por uma relação de causa e efeito. Essa vinculação é conhecida como nexos de causalidade. Nessa direção, explica Melo (2014, p.52) que “o nexo causal é a relação de causa e efeito que liga o dano ao causador (responsabilidade subjetiva) ou responsável pela atividade (responsabilidade objetiva)”. Em resumo, na seara jurídica, aplica-se esta noção quando se estabelece uma relação entre dois fenômenos onde um deles existe em decorrência do outro. (KFOURI NETO. 2013)

5.4 Responsabilidade Civil Objetiva

A responsabilidade objetiva é baseada na teoria do risco. Deste modo, desconsidera a culpa do agente, e sua reparação é devida independentemente da presença dos elementos da culpa como o nexos causal. Segundo esta teoria, apenas o fato de os danos ocorrerem durante atividade realizada sob interesse e controle de alguém, torna-o responsável e lhe impõe o dever de indenizar, pois a responsabilidade objetiva não apura se houve culpa na ação ou omissão. Ou a culpa é presumida pela lei ou simplesmente é dispensada de comprovação. No caso de a culpa ser presumida, cabe, ainda, ao autor a

inversão do ônus da prova, que é o ônus de provar que o dano causado não foi em decorrência de sua ação ou omissão, e sim de algum fator que se perfaça um excludente de responsabilidade. (KFOURI NETO. 2013)

Miguel Kfouri Neto em sua obra, citando Serpa Lopez, aduz que a teoria objetivista é dividida em duas modalidades, a saber: a) a Teoria do risco Criado, na qual todo homem, pelo simples fato de agir, gera risco aos demais, devendo responder caso cause dano. b) já na teoria do risco proveito, “é justo que aquele que obtém o proveito de uma empresa, o patrão, venha a se onerar com a obrigação de indenizar os que forem vítimas de seus acidentes durante o trabalho”. Conclui-se, então, que, na teoria do risco, toda ação gera risco para terceiros, e, caso haja algum dano, o agente deve responder independentemente da culpa. (KFOURI NETO. 2013)

Em síntese: a responsabilidade objetiva é presumida e, nela, não se cogita de culpa, por isso transfere-se ao causador do dano o ônus de provar culpa exclusiva da vítima ou caso fortuito, circunstâncias que arredam o nexo de causalidade, visando a eximir-se da obrigação de indenizar. (KFOURI NETO, 2013, p.73)

Sobre caso fortuito ou força maior, Agostinho Alvim ensina que:

A distinção que modernamente a doutrina vem estabelecendo, aquela que tem efeitos práticos e já vai se introduzindo em algumas leis, é a que vê no caso fortuito um impedimento relacionado com a pessoa do devedor ou com a sua empresa, enquanto a força maior é um acontecimento externo. (ALVIM, __ p.330)

Por fim, Miguel Kfouri acrescenta que a distinção entre caso fortuito e força maior permite a diferenciação de tratamento para o devedor de acordo com o fundamento de sua responsabilidade. “Se esta fundar-se na culpa, bastará o caso fortuito para exonerá-lo. Com maioria de razão o absolverá a força maior. Se a sua responsabilidade fundar-se no risco, então o simples caso fortuito não o exonerará” (KFOURI NETO. 2013. p.74). Outra importante contribuição deste doutrinador é sobre o risco da teoria objetivista ser alvo de diversas fraudes, seja contra o Estado ou até mesmo o profissional liberal, visto que muitos se aproveitam dessa teoria para obter vantagens.

A teoria do risco integral, estágio mais avançado, não admite qualquer prova conducente à ausência de reparação: bastará a existência do dano, e seu autor, em qualquer hipótese, estará obrigado ao ressarcimento. Mesmo em se tratando de responsabilidade civil do Estado, os doutrinadores repelem este último posicionamento teórico, que favoreceria as mais diversas fraudes. (KFOURI NETO, 2013, p.74)

O perigo de classificar a responsabilidade civil médica sob a ótica da teoria objetivista é incentivar uma indústria de indenizações, que infelizmente já existe, na qual o médico e instituições passam a ser vítimas de ações de má-fé demandadas por pessoas inescrupulosas. Em grande parte, alegam hipossuficiência e utilizam-se da Justiça gratuita, além de não ter a obrigação do ônus da prova, portanto, independente do resultado final da ação judicial, o autor da lide nada perde. Nesta situação, mesmo que o médico ou instituição não tenha nenhuma responsabilidade sob o dano, ainda que regressem contra o autor, ambos saem com prejuízo, tanto do ônus da prova quanto dos custos advocatícios. Por este motivo, defende-se neste trabalho que, salvo raras exceções, toda atividade médica deve ser vista sob a ótica da responsabilidade subjetiva, pois este profissional possui obrigação de meio e não de resultado.

5.5 Ônus da Prova e sua Inversão.

De acordo com o Código de Processo Civil brasileiro, o ônus probatório é distribuído conforme o tipo de obrigação e responsabilidade aplicável a cada caso concreto.

Art. 373. O ônus da prova incumbe:

I - ao autor, quanto ao fato constitutivo de seu direito;

II - ao réu, quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor.

§ 1º Nos casos previstos em lei ou diante de peculiaridades da causa relacionadas à impossibilidade ou à excessiva dificuldade de cumprir o encargo nos termos do caput ou à maior facilidade de obtenção da prova do fato contrário, poderá o juiz atribuir o ônus da prova de modo diverso, desde que o faça por decisão fundamentada, caso em que deverá dar à parte a oportunidade de se desincumbir do ônus que lhe foi atribuído. (REDAÇÃO DADA PELA LEI 13.105/2015)

Na obrigação de meio e na responsabilidade subjetiva, cabe ao autor da ação provar que o réu é o responsável pelo dano sofrido e que atuou sem a devida diligência. Ao acusado, incumbe provar os fatos capazes de isentá-lo da responsabilidade que lhe é demandada (DANTAS. 2014)

Já na obrigação de resultado, assim como na responsabilidade objetiva, o ônus cabe ao acusado, devendo este provar que, ainda que tenha agido com diligência, o desfecho alcançado foi resultado de caso fortuito, força maior, ou ainda culpa exclusiva da vítima, impedindo, dessa forma, alcançar os resultados almejados.

O Código de Defesa do Consumidor (CDC), assim como o Código de Processo Civil (CPC), delega ao juiz o poder de inverter o ônus probatório, caso venha a considerar o consumidor hipossuficiente, que neste caso, não necessariamente é financeira, mas sim

de não dispor dos meios necessários para comprovar o erro da parte ré. Portanto, em função da peculiaridade de cada processo, o ônus da prova pode alternar entre as partes arroladas na ação. (DANTAS 2014)

Art. 6º São direitos básicos do consumidor: (...) VIII – a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiência. (REDAÇÃO DADA PELA LEI 8078 DE 1990)

Ainda no próprio CDC, o artigo 14 parágrafo 4º diz claramente que: “A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa” (REDAÇÃO DADA PELA LEI 8078 DE 1990).

Conclui-se então que, sendo a profissão médica em sua essência uma atividade liberal, sua responsabilização deve ser enquadrada na teoria subjetiva e na obrigação de meio, cabendo ao autor prova do erro, devendo ter o ônus probatório invertido apenas por determinação do juiz, que irá observar criteriosamente a necessidade da inversão.

6. DEVERES DE CONDUTA DO OFICIAL MÉDICO

O oficial médico, no exercício de sua profissão, encontra-se obrigado a diversos deveres de conduta tanto no campo da ética, quanto no campo jurídico e moral. O último Código de Ética Médica (CEM), atualizado em 2009, e atualmente em vigor, veio para direcionar o perfeito desempenho ético e moral da Medicina, levando-se em consideração as mudanças na prática profissional e na relação médico-paciente.

A Medicina nos últimos séculos passou por um processo de “profissionalização”. No passado, ligada a um misticismo, a arte médica era tratada com empirismo e baseado nas experiências dos médicos. Com o passar do tempo, as condutas foram se tornando mais científicas. Percebendo a mudança na sociedade, foram criadas normas disciplinadoras para regulamentar a Medicina e o exercício profissional. Por se tratar de uma profissão intrinsecamente relacionada à saúde pública, as legislações adotaram a postura de permitir o exercício da Medicina apenas aqueles que possuísem capacidade e habilitação legal, não em defesa de uma classe profissional, mas sem para que vidas não fossem colocadas em perigo por pessoas sem caráter. Foi na França, em 1335, que João I limitou a atuação profissional apenas aos formados pelas Universidades. A partir daí, outros países europeus seguiram a tendência e só permitiam a prática aqueles licenciados em curso de Medicina. No Brasil, a Constituição Federal diz no seu artigo 5º inciso XIII que: “É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.”(CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988) Portanto, para o exercício legal da medicina, o profissional deve ter habilitação profissional, que é ter cursado escolas médicas reconhecidas e autorizadas, e habilitação legal, que significa ser diplomado idoneamente e ter esse título registrado em órgão competente, ou, ainda, ter esse diploma revalidado no Brasil. (FRANÇA. 2016)

6.1 Dever de Informação, Consentimento Informado e Autonomia do Paciente

Segundo a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, inciso II: “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988). Este pressuposto atende ao princípio da autonomia do paciente. Levando em consideração o importante avanço dos direitos humanos, não é surpresa esse conceito fosse alcançar a saúde. Entretanto, antes de falar da teoria do sujeito autônomo e sua importante relação com o dever de informação na

prestação de assistência médica, é importante conhecermos as bases dessa ideologia filosófica e jurídica que serviram de fundamento para a sua formulação. Segundo a teoria kantiana, a ideia de autonomia está ligada à liberdade, que teria dois subtipos, a saber: a liberdade externa e a interna. A liberdade interna possui relação somente com o sujeito e sua razão, estando intrínseca à consciência individual, enquanto a externa é garantida por meio de leis universais do Direito. Kant (2007) defendia a liberdade interna como sendo a autonomia da vontade do indivíduo, isto é, como o poder que a vontade tem de autorregulação, como uma lei para a própria pessoa. Entretanto, essa vontade só é considerada boa se for de livre escolha e não pode ser induzida por algum motivo nem ser um cumprimento do dever. Com isso, o princípio fundamental da moralidade é a autonomia da “boa vontade”, na qual para agir moralmente é necessário que a ação respeite ao dever, não podendo ser determinada por agentes externos. Portanto, para Kant (2007) a autonomia é o princípio da dignidade da natureza humana, bem como de toda natureza racional.

Como ser racional e, portanto, pertencente ao mundo inteligível, o homem não pode pensar nunca a causalidade da sua própria vontade senão sob a ideia da liberdade, pois que independência das causas determinantes do mundo sensível (independência que a razão tem sempre de atribuir-se) é liberdade. Ora à ideia da liberdade está inseparavelmente ligado o conceito de autonomia, e a este o princípio universal da moralidade, o qual na ideia está na base de todas as ações de seres racionais como a lei natural está na base de todos os fenômenos. (KANT, 2007 p.102 TRADUÇÃO OBRA DE 1786)

A ideia do sujeito autônomo é aquele indivíduo capaz de realizar suas escolhas acerca do tipo de terapia sugerida pelo médico, a qual pretender se submeter ou seguir (liberdade interna). Diferentemente de outras épocas na qual a palavra médica era tida como verdade absoluta, hoje o paciente deixou de ser um agente “passivo” para ser o ator principal de sua própria saúde. Assim, a principal forma de autonomia do paciente consiste no poder de escolha do próprio sobre sua saúde. Conforme elucidado Eduardo Dantas em seu livro sobre Direito Médico, no capítulo sobre bioética e autonomia do paciente:

O princípio da autonomia interpreta os melhores interesses do paciente exclusivamente a partir do ponto de vista do próprio enfermo, sem levar em conta o valor objetivo que a medicina reconhece a cada situação, o que pode levar – por óbvio a concordâncias com a opinião médica, técnica, científica ou mesmo à absoluta discordância com o caminho proposto. O modelo autônomo tomará por baliza o juízo de valor próprio e específico de cada indivíduo, em função de seus ideais, crenças e formação, respeitando assim o direito do paciente à autodeterminação. (DANTAS, 2014, p.34)

Dito isto, é de fundamental importância que o paciente esteja a par de sua situação de saúde e de todos os atos praticados para sua manutenção ou reestabelecimento. O ato médico, por si só, não garante ao profissional um poder de decidir sobre a vida e a saúde do paciente. Logo, mais do que necessário informar, é um direito do paciente e um dever do médico participar todo tipo de informação sobre seu estado de saúde, sobre as possibilidades terapêuticas, riscos e consequências associados ao tratamento e/ou procedimentos, para que o paciente possa decidir, auxiliado pelo seu médico, sobre o rumo de sua própria vida.

Atualmente, para que determinados atos médicos sejam praticados, tem-se exigido que os pacientes, ou seus responsáveis legais, assinem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual serve ao médico de defesa de que todas as informações decorrentes de um procedimento foram repassadas ao paciente, em linguagem clara e acessível ao nível de conhecimento e compreensão do paciente (princípio da informação adequada), e que, após entendê-las, optou por realizar ou não a proposta do médico, sem qualquer coação, influência ou indução. Mesmo que não haja um documento físico assinado, subentende-se a concordância do paciente com a sugestão do médico em várias situações.

É importante fazermos um parenteses neste momento, para determinadas situações que geram dilemas. Grau de parentesco nem sempre garante a representação legal. Na impossibilidade do paciente consentir, deve-se procurar o verdadeiro representante legal dele. Outro ponto, para que o indivíduo possa consentir, é necessário que ele seja capaz civilmente para tal. Contudo, o Prof Genival Veloso França, nos alerta para o fato de que a lei não é tão flexível quanto o entendimento da ética, e que mesmo indivíduos considerados incapazes, como portadores de transtornos mentais, ainda que incapazes legalmente, devem ter sua capacidade moral de decidir respeitada. (FRANÇA 2016)

Se o paciente não pode falar por si ou é incapaz de entender o até que se vai executar, estará o facultativo obrigado a obter o consentimento de seus responsáveis legais (consentimento substituto). Mesmo assim, saber o que é representante legal, pois nem sempre toda espécie de parentesco qualifica um indivíduo como tal. Saber também o que se pode e o que não se pode consentir. Deve-se considerar ainda que a capacidade de o indivíduo consentir não reflete as mesmas proporções entre a ética e a lei. O entendimento sob o prisma ético não tem a mesma inflexibilidade da lei, pois certas decisões, embora de indivíduos considerados civilmente incapazes, devem ser respeitadas principalmente quando se avaliam situações mais delicadas. Assim, por exemplo, os portadores de transtornos mentais, mesmo legalmente incapazes, não devem ser isentos de sua capacidade moral de decidir. (FRANÇA, 2016, p.258)

Toda vez que a conduta médica for alterada, deverá o oficial médico obter novo consentimento do paciente- consentimento continuado-, porque a autorização anterior, baseada no princípio da temporalidade, possui ato e tempo definidos. Ademais, em qualquer momento, o paciente, ou seu representante legal, pode revogar o consentimento, ainda que este seja feito por escrito, pois esta permissão não é um ato inexorável e permanente. (FRANÇA 2016)

Importante salientar que o consentimento de um paciente para a realização de um ato ou procedimento não se traduz em justificativa legal para sua execução. Deve o oficial médico observar as normas éticas e/ou jurídicas baseando sua conduta na real e inquestionável necessidade da realização do ato. A este pressuposto, dá-se o nome de princípio da não-maleficiência, que será melhor discutido mais a frente no capítulo sobre bioética e segurança do paciente. Da mesma forma, ainda que um paciente negue um tratamento ou procedimento, diante de um perigo iminente de vida, e baseado no princípio da beneficência, estaria o oficial médico respaldado por lei a realizar um ato em defesa da vida do paciente, pois o direito à vida é o maior bem jurídico tutelado pelo Estado. Excluindo-se, desta forma, qualquer ilicitude do ato. (FRANÇA 2016)

6.2 Dever de Registro no Prontuário

O artigo 1º da Resolução nº1.638/2002 do CFM, define prontuário como:

O documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (ARTIGO 1º RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002)

Muito mais que apenas o registro da anamnese e exame físico do paciente, o prontuário médico é um dossie sobre a saúde do paciente, devendo conter todo tipo de informação relativa ao cuidado prestado. Apesar do nome, “prontuário médico”, este documento é do paciente. Nele contém não só as informações médicas, mas também, resultados de exames complementares, prescrições de medicações, relatórios e evoluções de enfermagem, de fisioterapia, psicologia e, até, de assistência social.

Além do valor probatório em processos éticos e judiciais, o prontuário, serve também para fins estatísticos e de interesse financeiro para a cobrança de procedimentos e despesas hospitalares. Infelizmente, devido a inúmeras circunstâncias, os médicos, muitas vezes, não dispensam a atenção necessária ao preenchimento deste documento.

A Resolução CFM nº 1.638/2002, veio para disciplinar e normatizar a forma de registro, guarda e armazenamento dos prontuários. Definir a responsabilidade de médicos e instituições acerca do prontuários de seus pacientes, além de criar a comissão de revisão de prontuários, que deverá observar se as normas contidas nesta resolução estão sendo atendidas nas instituições de saúde.

Com o advento da tecnologia, o prontuário, antes em papel, passou a ser eletrônico. A facilidade de registro de fatos também gerou enorme preocupação quanto ao sigilo desses dados. Como adiante será discutido o sigilo, neste capítulo focar-se-á apenas na tecnologia envolvida no prontuário eletrônico, as características, vantagens e desvantagens entre esses dois tipos de prontuários.

Sobre o prontuário físico, leia-se: de papel, possui como principais características ser a linha de tempo do paciente, o formato ser compatível com todos os tipos de informação, ser simples e fácil de atualizar, ser relativamente fácil de copiar e transmitir, a possibilidade de inserir novos tipos de informações sem a mudança no passado, e a segurança, neste caso, é simples e transparente, como exemplo: um armário com chave.

Em contrapartida, esse método de armazenamento de informações possui como desvantagem: A dificuldade de pesquisa nos dados pela sua desestruturação, a inacessibilidade à distância, o efeito acumulativo de papel, a possibilidade de surgimento de vários prontuários para o mesmo paciente, a não uniformidade do armazenamento das informações e a dependência de um registro legível. (BRASIL, 2017)

Já os benefícios esperados do prontuário em formato eletrônico são: aumentar a qualidade deste documento pela melhora da qualidade dos registros; diminuir os erros pela abrangência da coleta; facilitar a interligação entre informações vindas de diferentes fontes; diminuir a necessidade de espaço físico para armazenamento; facilitar a pesquisa e apresentação de dados; permitir o acesso remoto. (BRASIL, 2017)

As desvantagens desse método seria a possibilidade da quebra do sigilo pela ação de hackers, a inobservância das técnicas de segurança das informações pelos profissionais de saúde, a dependência de tecnologia, energia elétrica e profissionais especializados em Tecnologia da Informação (TI), para auxílio e resolução de problemas. (BRASIL, 2017)

Na Marinha do Brasil, em boa parte das OMs subordinadas à Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), o modelo adotado é o prontuário individual (PIN) no formato eletrônico. Atualmente, o sistema de prontuários é local. Entretanto, o objetivo é migrar para o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) do Sistema Informatizado de Gestão da Saúde (SIGSAUDE), que permitirá a Gestão Integrada do Sistema de Saúde da Marinha

(SSM), por meio do Registro Eletrônico de Saúde (RES) centrado no indivíduo, com todos os controles administrativos e assistenciais a ele relacionados, bem como as comunicações com os demais sistemas da Marinha do Brasil (MB) e extra-MB. (BRASIL, 2017) Nas OMs não subordinadas à saúde, o prontuário adotado é o físico. Do mesmo modo, o Exército Brasileiro já dispõe de prontuário eletrônico em algumas unidades, como exemplo o Hospital Central do Exército no Rio de Janeiro (HCE). Já a Força Aérea Brasileira adota o prontuário físico como principal modelo.

Independente do tipo de método utilizado, é de suma importância, tanto para o oficial médico, quanto para as OMs de saúde, o correto preenchimento dos dados relativos à assistência prestada, seja para consulta dos dados, defesa dos profissionais e instituições prestadoras de assistência médico-hospitalar nas Forças Armadas, e estudos epidemiológicos que auxiliem na elaboração de políticas públicas de saúde.

6.3 O Sigilo Profissional

O sigilo médico pode ser considerado como o primeiro princípio da Medicina. Encontra-se presente, inclusive, no Juramento de Hipócrates na passagem: “O que, no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida, eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo”. A importância da manutenção do segredo de fatos assimilados no exercício profissional está diretamente atrelada à defesa e proteção dos bens morais e materiais, tendo o próprio Estado interesse em que o paciente encontre a proteção e inviolabilidade do sigilo, na qual a divulgação desses dados poderia causar certos danos e, o conseqüente, dever de reparação. (FRANÇA. 2016)

O descuido no tratamento das informações de um paciente poderá gerar demanda indenizatória. Por isso, além do oficial médico, é importante que todos que tiverem acesso às informações do paciente, em decorrência de sua atividade profissional, mantenham o sigilo das informações a fim de preservar o indivíduo de qualquer prejuízo moral ou material que a divulgação de um dado poderia causar, gerando responsabilidade para os profissionais e instituições da assistência à saúde.

Apesar do interesse comum na tutela do sigilo, há casos já pacificados tanto no Código de Ética, quanto na jurisprudência de permissão para a quebra do sigilo profissional, sem que isso enseje em responsabilização e dever de indenizar ao profissional. Conforme leciona o Prof Geinval Veloso de França:

Há casos de quebra do sigilo profissional já consagrados nos Códigos e na Jurisprudência. Assim é nas declarações de nascimento e de óbito, nas sevícias

de menores, nas perícias e pareceres médico-legais, nas notificações de doenças transmissíveis e de acidentes de trabalho e nos casos de crime de ação pública, desde que a ação penal dependa de representação e a comunicação não exponha o paciente a procedimento criminal. (FRANÇA, 2016, p.152)

Além das justas causas contidas na citação acima, ainda há outra possibilidade de quebra de sigilo sem que isso demande responsabilização do médico. Entende-se por justa causa o interesse de ordem política ou social que permita a divulgação de um dado sigiloso. Nos casos de possibilidade de dano a outrem, basta que haja possibilidade concreta de dano para que o segredo profissional seja revelado. Não é, portanto, necessário que o dano chegue a se concretizar. O que a lei proíbe é a quebra ilegal, motivada pela má-fé, leviandade e interesses escusos.

6.3.1 Sigilo no Prontuário Eletrônico

Os princípios da segurança das informações são:

- 1- Disponibilidade: a informação do paciente deve estar disponível, isto é, acessível, utilizável sob demanda, quando necessária.
- 2- Integridade: não pode haver qualquer modificação na informação original contida nos registros do paciente.
- 3- Confidencialidade (sigilo): informação do paciente somente deve ser acessada por pessoa física, órgão ou entidade autorizado (credenciado).
- 4- Autenticidade: é a certeza de que a informação de saúde foi produzida, expedida, modificada ou destruída por determinada pessoa física ou determinado sistema, órgão ou entidade. (BRASIL, 2017)

A resolução CFM nº1821/2007 veio para normatizar as técnicas concernentes à digitalização e ao uso dos sistemas de prontuários informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos pacientes, permitindo que o papel seja eliminado, além de padronizar o processo de troca de informação identificada em saúde

Estabelece Níveis de Garantia de Segurança (NGS) que deverão ser adotados para os médicos e instituições prestadoras de assistência à saúde que desejam utilizar o prontuário eletrônico do paciente (PEP) e o Registro Eletrônico de Saúde (RES). O Processo de Certificação da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS)-CFM classifica o sistema RES, do ponto de vista de segurança da informação, em dois Níveis de Garantia de Segurança (NGS) a saber:

NGS1 – categoria aplicável ao Sistema (S)-RES que não pretendem eliminar a impressão dos registros em papel. Assim, mantém-se a necessidade de impressão e aposição manuscrita da assinatura.

NGS2 – categoria constituída por S-RES que viabilizam a eliminação do papel no processo de registros de saúde. Para isso, especifica a utilização de certificados digitais ICP-Brasil para os processos de assinatura e autenticação. Para atingir o NGS2 é necessário que o S-RES atenda aos requisitos já descritos para o NGS1 e apresente ainda total conformidade com os requisitos especificados para o Nível de Garantia 2.

Os métodos de digitalização devem reproduzir todas as informações dos documentos originais, devendo ser controlados por sistema especializado, com as seguintes características: ser capaz de utilizar base de dados adequada para o armazenamento digitalizado, permitir um método de indexação que crie um arquivamento organizado, além de obedecer aos requisitos do NGS2. Para que o prontuário em papel seja eliminado, faz-se necessário o enquadramento integral aos requisitos do NGS2.

7. EXIGÊNCIAS PARA HABILITAÇÃO DO MÉDICO MILITAR

Para exercício legal da Medicina, não há distinção entre as exigências para habilitação profissional tanto no âmbito civil como nas Forças Armadas. A lei determina que para o exercício legal da profissão o médico, assim como outras profissões da área de saúde, militares ou não, devem estar registrados nos seu respectivos Conselho de Classes.

Entidades representativas como a Associação Médica Brasileira (AMB), Federação Nacional dos Médicos (FENAM) e Conselhos Regionais e Federal, há tempos vem discutindo sobre a implementação da prova de proficiência para a habilitação do profissional. (BRASIL, 2012) Preocupadas com o aumento do número de erros médicos como consequência da má formação, vêm propondo o exame nacional de proficiência médica nos moldes da prova da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), na qual a aprovação no exame de Ordem, previsto na Lei n.º 8.906/94, é indispensável para o registro na OAB e habilitação profissional.

O Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) tem capitaneado essa discussão e desde 2005 vem adotando o exame de qualificação para os egressos das escolas médicas do estado, inicialmente de forma optativa, e, atualmente de forma compulsória, ainda que sem nenhuma sanção ao egresso em caso de resultado negativo (CREMESP, 2004)

De acordo com o disposto no artigo 2º da Lei nº3.268 de 1957, que versa sobre os Conselhos de Medicina, cabe a eles a fiscalização dos médicos inscritos, devendo zelar pela profissão.

Art . 2º O conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em **tôda (SIC) a República** e ao mesmo tempo, **juizadores e disciplinadores** da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente. (REDAÇÃO DADA PELA LEI 3.268 DE 1957)

O aumento de profissionais com baixa qualificação lançados ao mercado é um dos motivos para o aumento da judicialização da medicina. A má formação do(a) médico(a) principalmente em decorrência do crescimento desordenado de escolas médicas, muitas das quais são autorizadas pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) mesmo sem observar a qualidade da formação e se a escola oferece condições mínimas de ensino, além de prejudicar a boa medicina, prejudicam não só a si próprio como também os pacientes, além de onerar a saúde com complicações decorrentes do atraso diagnóstico,

interferência no tratamento e excesso de pedidos de exames complementares desnecessários.

Apesar de polêmico o tema vem ganhando cada vez mais força e já é discutido na esfera legislativa como no PLS 165/2017 que versa sobre a obrigatoriedade do exame de proficiência para médicos. Entretanto, não há previsão de aplicação da prova de proficiência médica tal como acontece no Direito.

7.1 Exigência Para O Exercício Da Medicina Nas Instituições Militares

A Lei nº 6.681, de 1979, obriga que médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos militares em conselhos Regionais de Medicina, Odontologia e Farmácia, devem estar devidamente registrados nos seus respectivos conselhos para prestar serviço como integrante do quadro da saúde nas Forças Armadas.

Art. 1º Os médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos, em serviço ativo nas Forças Armadas, como integrantes dos respectivos Serviços de Saúde, inscrever-se-ão nos Conselhos Regionais de Medicina, Odontologia e Farmácia, de acordo com as disposições dos respectivos Regulamentos, mediante prova que ateste essa condição, fornecida pelos órgãos competentes dos Ministérios da Marinha, do Exército e da Aeronáutica.

Parágrafo único. A inscrição será efetuada no Conselho Regional sob a jurisdição do qual se achar o local de atividades do médico, cirurgião-dentista ou farmacêutico a que se refere o presente artigo, independente de sindicalização, do pagamento de imposto sindical e da anuidade prevista no respectivo Regulamento. (REDAÇÃO DADA PELA LEI Nº6.681 DE 1979)

Embora a Lei 3.268 determinasse a prerrogativa dos conselhos em julgar e disciplinar desvios de conduta, a promulgação da Lei 6.681 em 1979 trouxe conflito na tutela da obrigatoriedade dos conselhos de julgar e disciplinar. Segundo seu artigo 5º e parágrafo único os médicos no exercício da profissão, em decorrência de sua condição militar, responderiam apenas perante sua Força Singular, estando isento de responsabilidade perante os Conselhos.

Art. 5º Os médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos militares, no exercício de atividades técnico-profissionais decorrentes de sua condição militar, **não estão sujeitos à ação disciplinar dos Conselhos Regionais nos quais estiverem inscritos**, e sim, à da Força Singular a que pertencerem, à qual cabe promover e calcular a estrita observância das normas de ética profissional por parte dos seus integrantes.

Parágrafo único. No exercício de atividades profissionais não decorrentes da sua condição de militar, ficam os médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos militares sob a jurisdição do Conselho Regional no qual estiverem inscritos, que, em caso de infração da ética profissional, poderá puni-los dentro da esfera de suas atividades civis, devendo em tais casos comunicar o fato à autoridade militar a que estiver subordinado o infrator. (REDAÇÃO LEI 6681 DE 1979)

O Conselho Federal de Medicina ratificou a lei 6.681, dois anos após, com a publicação da Resolução nº1.059 de 1981.

1º - A inscrição dos médicos que prestarem serviço ativo às Forças Armadas far-se-á no Conselho Regional de Medicina sob cuja jurisdição estiver o local de suas atividades, mediante prova dessa situação, fornecida pelo órgão competente dos Ministérios da Marinha, do Exército ou da Aeronáutica; 2º - A inscrição não obriga ao pagamento do imposto sindical, nem da anuidade; 6º - **Quando se encontrar apenas no exercício de sua atividade militar, o "Médico Militar" não estará submetido à ação disciplinar dos Conselhos Regionais de Medicina**, porque esta será exercida pela sua Força Singular, à qual cabe controlar a estrita observância das normas ético-profissionais dos seus integrantes.

O conflito gerado entre essas duas leis sobre a quem caberia a responsabilidade de julgar e disciplinar os médicos fez com que em 1987 o CFM publicasse nova Resolução, nº1.235 de 1987, revogando as disposições em contrário previstas nas Resoluções nº 1.059 e nº 662 de 1975. Dessa forma, os Conselhos reassumiram o poder disciplinador e julgador de médicos civis e militares. (SANTOS, 2011)

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 nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e
CONSIDERANDO a existência da Lei nº 6.681, de 16 de agosto de 1979, que dispõe sobre a inscrição de médicos, cirurgiões dentistas e farmacêuticos militares nos Conselhos Regionais de Medicina, Odontologia e Farmácia;
CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 1.059/81 do Conselho Federal de Medicina repete em todos os seus termos os dispositivos da supra mencionada Lei;
CONSIDERANDO que as normas previstas na Resolução CFM nº 662/75 e 1.059/81 do Conselho Federal de Medicina conflitam com os dispositivos da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, e
CONSIDERANDO finalmente o decidido pelo Plenário deste Conselho em sessão realizada no dia 14 de fevereiro de 1987;
RESOLVE :
Art. 1º - Ficam revogadas as Resoluções CFM nºs 1.059/81 e 662/75 do Conselho Federal de Medicina.
Art. 2º- A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 14 de fevereiro de 1987.

GABRIEL WOLF OSELKA
Presidente
ANA MARIA CANTALICE LIPKE
Secretária-Geral (Resolução CFM nº1.235 de 1987)

Contudo, por se tratar de uma resolução normativa interna do CFM, isso não foi suficiente para resolver esse conflito. A solução da questão, de acordo com SANTOS (2011), só ocorreu através da jurisprudência do STJ, RESP-259340DF 2000/0048766-0

reproduzida abaixo. Na qual a decisão confirma a competência dos conselhos para julgar e cassar a habilitação para o exercício profissional. Entretanto, enquanto militar, não perde posto e patente, visto que os conselhos não possuem competência para esse tipo de julgamento. Em resumo, o médico fica impedido de exercer a medicina tanto nas Forças Armadas, quanto no âmbito civil, mas não está impedido da atuação administrativa militar. Caberá a cada Força Singular determinar a permanência do militar no seu quadro de profissionais ou a sua exclusão, de acordo com os dispositivos legais e normas internas.

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL N. 259.340 - DISTRITO FEDERAL (2000/0048766-0)

RELATOR : MINISTRO FRANCIULLI NETTO

RECTE : CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ADVOGADO : RUBEM DARIO FRANCA BRISOLLA E OUTROS

RECDO : RICARDO AGNESE FAYAD

ADVOGADO : RODRIGO LUIZ LYRA MARTINS COSTA E OUTROS

EMENTA

ADMINISTRATIVO - PROCESSO CIVIL - SANÇÃO APLICADA A MÉDICO-MILITAR PELO CONSELHO DE CLASSE - ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DE ORIGEM RECONHECENDO A INCOMPETÊNCIA DO CONSELHO DE MEDICINA PARA APLICAR PENALIDADE - RECURSO DE APELAÇÃO NÃO PROVIDO POR UNANIMIDADE - CONCLUSÃO UNÂNIME E FUNDAMENTO DIVERGENTE - ALEGADA NECESSIDADE DE OPOSIÇÃO DE EMBARGOS INFRINGENTES - PRETENDIDA NULIDADE DO JULGADO, EM VISTA DA FALTA DE CITAÇÃO DE LITISCONSÓRCIO NECESSÁRIO E RECONHECIMENTO DA COMPETÊNCIA DO CONSELHO REGIONAL PARA APLICAR PENALIDADE A MÉDICO MILITAR - RECURSO CONHECIDO E PROVIDO, EM PARTE.

"Apura-se o desacordo pela conclusão do pronunciamento de cada votante, não pelas razões que invoque para fundamentá-lo: a desigualdade de fundamentações não é bastante para tornar embargável o acórdão" (José Carlos Barbosa Moreira, in Comentários ao Código de Processo Civil, volume V, Editora Forense, p. 405).

"Não cabem embargos infringentes de acórdão que, em mandado de segurança, decidiu por maioria de votos a apelação" (Súmula n. 597 do Supremo Tribunal Federal). Entendimento sedimentado neste Sodalício pela Súmula n. 169 ("São inadmissíveis embargos infringentes no processo de mandado de segurança"). É sabido, ainda, que os Conselhos Regionais são subordinados ao Federal (artigo 3º da Lei n. 3.268/57). Assim sendo, conforme manifestação do Ministério Público Federal, "nenhum prejuízo traria, resultado do mandamus, ao pretense litisconsorte, que justificasse a nulidade do processo como resultado de sua ausência. O comando jurisdicional dirigido ao Conselho Federal é o mesmo que afeta a esfera de direitos do Conselho Regional, ainda que seja alcançado por via transversa" (fls. 753/754).

O órgão responsável pela análise das questões éticas do exercício da medicina é o respectivo Conselho Profissional que, se for o caso, aplicará sanção civil que dirá respeito somente à medicina e não à vida do agente na corporação, como servidor público militar. O médico militar que tem seu registro cassado deixa de ser médico, mas não perde sua patente ou sofre qualquer sanção. O Conselho apenas comunicará a decisão à autoridade militar a que estiver subordinado o infrator.

(Documento: IT43459 - Inteiro Teor do Acórdão- Recurso Especial – 259340. 2001, p.1 e ss)

Por fim, em 2001, aduz SANTOS (2011) que: “o Comandante do Exército assinou a Portaria nº 52, de 06 de Fevereiro de 2001, por meio da qual foram aprovadas as normas para o controle de exercício de funções que exigem qualificação profissional regulamentada por lei.”. Dessa forma, toda OM ou entidade vinculada ao Exército têm a obrigação de manter regularizada em seus respectivos conselhos a situação dos militares e civis que exigem qualificação profissional e que atuam nas instituições de saúde do Exército, assim como manter informado seus superiores hierárquicos. Também permite dentro das OMs do Exército, a fiscalização por parte dos Conselhos de Ordem.

PORTARIA Nº 052, DE 06 DE FEVEREIRO DE 2001.

Aprova as Normas para o Controle do Exercício de Funções que Exigem Qualificação Profissional Regulamentada por Lei.

O **COMANDANTE DO EXÉRCITO**, no uso da competência que lhe é conferida pelo art. 30, inciso VI, da Estrutura Regimental do Ministério da Defesa, aprovada pelo Decreto nº 3.466, de 17 de maio de 2000, e de acordo com o que propõe o Departamento-Geral do Pessoal, ouvido o Estado-Maior do Exército, resolve:

Art. 1º Aprovar as Normas para o Controle do Exercício de Funções que Exigem Qualificação Profissional Regulamentada por Lei, que com esta baixa.

Art. 2º Estabelecer que esta Portaria entre em vigor na data de sua publicação.

NORMAS PARA O CONTROLE DO EXERCÍCIO DE FUNÇÕES QUE EXIGEM QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL REGULAMENTADA POR LEI

1. FINALIDADE

Estabelecer normas para o controle do exercício de funções que exigem qualificação profissional regulamentada por lei.

2. OBJETIVOS

Orientar o cumprimento do disposto na legislação federal sobre o exercício de profissões regulamentadas quanto ao registro em conselhos ou ordens de profissionais.

3. ATRIBUIÇÕES

a. A organização militar ou a entidade vinculada ao Exército que possuir em seus quadros pessoal, militar ou civil, permanente, comissionado ou temporário, exercendo função que exija qualificação profissional regulamentada por lei, deverá:

1) providenciar, quando solicitado pela representação do conselho ou ordem com jurisdição sobre a localidade em que estiver situada sua sede, o fornecimento de relação de seu pessoal contendo nome e titulação;

2) informar ao órgão (Diretoria, RM, Gpt Eng etc) coordenador ou controlador das atividades exercidas por esses profissionais as solicitações que receber e o respectivo atendimento;

3) verificar se o seu pessoal está com a sua situação regularizada junto ao respectivo conselho ou ordem; e

4) elaborar uma lista de todas as funções, em seu âmbito, que exijam qualificação profissional regulamentada por lei e submetê-la, até 30 de outubro de cada ano, à aprovação do órgão de direção setorial competente por intermédio do órgão coordenador ou controlador das atividades exercidas por esses profissionais.

b. O órgão (Diretoria, RM, Gpt Eng etc) coordenador ou controlador das atividades em pauta deverá:

- 1) consolidar as informações recebidas das OM ou entidades vinculadas e encaminhá-las ao órgão de direção setorial que tenha competência sobre a atividade ou ao Departamento-Geral do Pessoal nos demais casos;
 - 2) verificar, por ocasião de visitas técnicas ou de inspeção, o cumprimento destas Normas pelas OM, especialmente quanto à regularidade do registro dos profissionais junto ao respectivo conselho ou ordem; e
 - 3) providenciar, quando solicitado por representação de conselho ou ordem, o fornecimento das informações referentes às OM ou entidades que lhe forem subordinadas ou vinculadas e que estejam dentro da área de jurisdição daquela representação.
- c. O órgão de direção setorial que tenha competência sobre atividade para cujo exercício se exija qualificação profissional regulamentada por lei ou o Departamento-Geral do Pessoal, nos demais casos, deverá:
- 1) elaborar, até 30 de novembro de cada ano, considerando sua área de competência, a lista contendo as funções para cujo exercício se exija qualificação profissional regulamentada por lei e as respectivas organizações;
 - 2) orientar as OM ou entidades quanto ao cumprimento destas Normas;
 - 3) verificar, por ocasião de visitas técnicas ou de inspeção, o cumprimento destas Normas pelas OM, especialmente quanto à regularidade do registro dos profissionais junto ao respectivo conselho ou ordem; e
 - 4) providenciar, quando solicitado pela entidade de âmbito nacional do conselho ou ordem, o fornecimento das informações relacionadas aos órgãos que lhes sejam subordinados ou vinculados.
- d. O militar ou civil, exercendo função que exija qualificação profissional regulamentada por lei, deverá manter regularizada sua situação junto ao respectivo conselho ou ordem e informar ao seu comandante, chefe ou diretor imediato quanto a essa regularização.

4. PRESCRIÇÕES DIVERSAS

- a. No caso de militar na ativa bacharel em Direito, em face da incompatibilidade com o exercício da advocacia prevista no Art. 28 da Lei 8.906, de 4 de julho de 1994, independente do cargo que esteja ocupando, a OM ou entidade vinculada ao Exército a cujo quadro o mesmo pertencer deverá providenciar a informação quanto a sua condição de militar na ativa à Seção da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) do Estado em que estiver situada sua sede; quando o militar for desligado do serviço ativo, informará à OAB essa nova situação.
 - b. Todo o pessoal, militar ou civil, permanente, comissionado ou temporário, para o qual tenha sido requisito de ingresso ou contratação a comprovação de qualificação profissional prevista em legislação federal está abrangido por estas Normas, independente do cargo que esteja ocupando.
 - c. Em qualquer caso, as informações a serem prestadas deverão observar o previsto em legislação federal.
 - d. Os casos omissos quanto à necessidade de habilitação para o exercício das funções em pauta serão solucionados pelo órgão de direção setorial cuja competência abranja a atividade considerada.
- (Boletim do Exército Nº 07, de 16 de fevereiro de 2001.)

7.2 A habilitação para prestação de serviço alternativo

A Lei nº 8.239 de 1991 dispõe sobre a prestação de serviço militar alternativo para aqueles que alegarem imperativo de consciência seja por crença religiosa, convicção filosófica ou política. Nesses casos, o serviço poderá ser de caráter administrativo, assistencial, filantrópico ou até mesmo produtivo, em substituição às atividades essencialmente militar. Caso a prestação de serviço não seja através do exercício da medicina, e sim de qualquer outra atividade legal que não médica, ficará o profissional

sujeito à responsabilização civil e disciplinar militar. Caso a atuação seja médica, também estará sujeito à fiscalização por parte do respectivo conselho de classe.

Art. 3º O Serviço Militar inicial é obrigatório a todos os brasileiros, nos termos da lei.

§ 1º Ao Estado-Maior das Forças Armadas compete, na forma da lei e em coordenação com os Ministérios Militares, atribuir Serviço Alternativo aos que, em tempo de paz, após alistados, alegarem imperativo de consciência decorrente de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, para se eximirem de atividades de caráter essencialmente militar.

§ 2º Entende-se por Serviço Alternativo o exercício de atividades de caráter administrativo, assistencial, filantrópico ou mesmo produtivo, em substituição às atividades de caráter essencialmente militar.

§ 3º O Serviço Alternativo será prestado em organizações militares da ativa e em órgãos de formação de reservas das Forças Armadas ou em órgãos subordinados aos Ministérios Civis, mediante convênios entre estes e os Ministérios Militares, desde que haja interesse recíproco e, também, sejam atendidas as aptidões do convocado.

§ 4º O Serviço Alternativo incluirá o treinamento para atuação em áreas atingidas por desastre, em situação de emergência e estado de calamidade, executado de forma integrada com o órgão federal responsável pela implantação das ações de proteção e defesa civil. (REDAÇÃO DADA PELA LEI 8.239 DE 1991)

7.3 Registro como médico exclusivo militar

Do exposto na seção anterior, questiona-se se é possível o próprio profissional cancelar o seu registro de Médico caso atue exclusivamente como Militar?

Não. Ao contrário do advogado, o médico para exercer sua profissão necessita de sua situação regularizada perante ao respectivo Conselho. Já os advogados são impedidos de atuar na advocacia durante a carreira militar, conforme o artigo 28 da Lei 8.906 de 1994 há a incompatibilidade do exercício da advocacia e do serviço militar, e o item 4 da Portaria nº 052 de 2001, que versa sobre a obrigação dos operadores do direito de informar à OAB sua condição de militar da ativa.

Ao médico em atividade exclusiva militar é concedida a isenção de anuidade. Para tanto, basta requerer ao conselho de sua jurisdição comprovando que exerce atividade exclusivamente militar, nos termos do art. 5º Lei nº 6.681, de 16 de agosto de 1979.

Por outro lado, caso o médico decida retornar à atividade na área civil deverá solicitar o cancelamento da isenção da anuidade, a qual passará a ser cobrada a partir da data do protocolo de Cancelamento da isenção.

8. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR MILITAR

8.1 Origem do Serviço de Saúde nas Forças Armadas

A vinda da Família Real Portuguesa para o Brasil provocou mudanças importantes em todos os cenários. Na área da saúde, houve um grande avanço, e D. João VI, com o intuito de organizar, coordenar e uniformizar os serviços de saúde da época- cirurgiões e físicos (médicos)- do Exército e Armada Reais, no Brasil e demais colônias portuguesas, emitiu um Decreto Regencial de 09 de fevereiro de 1808, no qual criou a Repartição do Cirurgião-Mór- embrião das hoje denominadas Diretoria de Saúde do Exército (DSau) e, posteriormente, da Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), que foi instituída pelo Decreto nº 16.237, de 5 de dezembro de 1923, dando continuidade e substituindo a Inspeção de Saúde Naval, criada em 1902. No mesmo Decreto, deu início ao ensino médico e farmacêutico no Brasil, e nomeou, como Cirurgião-Mór dessas instituições e em todos os domínios ultramarinos, o Frei Custódio de Campos e Oliveira. Nesta mesma época, foi criada a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica no Hospital Real Militar da Corte (hoje denominado Hospital Central do Exército), e da Botica Real Militar (hoje Laboratório Químico-Farmacêutico do Exército), junto ao Hospital Real Militar, ambos na cidade do Rio de Janeiro.

O Cirurgião-Mór do Reino, Dr José Correa Picanço, observando as mudanças que estavam ocorrendo, sugeriu a criação da Escola de Cirurgia no Hospital Real Militar de Salvador (hoje Hospital Geral de Salvador), que mais tarde seria considerada a primeira Faculdade de Medicina do Brasil. Contudo, foi somente após 1820 que os hospitais militares foram criados nos diversos distritos do país.

Em 1821, o Tenente-Coronel Manuel Antônio Henrique Totta, nomeado pelo Imperador D. Pedro I, assumiu o cargo de Cirurgião-Mór no lugar do Frei Custódio que retornou a Portugal acompanhando D. João VI. Entre seus principais feitos estão:

- A implementação, em 1832, do Regulamento dos Hospitais Regimentais, transformando os hospitais militares em hospitais regimentais;
- A realização inédita no Brasil, durante a década de 1840, de diversos atos médicos cirúrgicos e anestésicos, demonstrando o grau de conhecimento e técnica cirúrgica dos integrantes do Hospital Militar da Corte; e
- A promulgação, em 19 de abril de 1849, do Plano de Organização do Corpo de Saúde do Exército, o qual, pela primeira vez, estabelecia a organização de toda a estrutura de saúde militar, tanto do Exército quanto da Marinha. (BRASIL. 2018)

Atualmente, os serviços de saúde das Forças Armadas, além de cuidar dos

militares e seus dependentes, possuem outras duas importantes funções: a função de apoio de saúde para os efetivos nas Missões de Paz ao redor do mundo; e a função social, na qual cuidam da saúde da população brasileira nos mais longínquos e inóspitos rincões do país, sendo, muitas vezes, o único acesso à assistência médica, odontológica, laboratorial e farmacêutica desses cidadãos, sem jamais se importar com a classe social, religião, cultura ou etnia das populações assistidas. Um grande exemplo dessa função é a Operação de Assistência Hospitalar à População Ribeirinha (ASSHOP) na Amazônia onde os Navios de Assistência Hospitalar (NASH) da Marinha do Brasil atendem à população carente, sendo chamado por essas pessoas de “Navios da Esperança”.

8.2 Legislações Relacionada à Assistência Hospitalar Militar

A Constituição Federal de 1988, no contexto de seguridade social, incluiu em seu texto o direito à saúde. Entretanto, muito antes disto, os militares e seus dependentes já possuíam acesso à assistência Médico-Hospitalar específica. Após a promulgação da Carta Magna, essa assistência passou a ser regulada por diversas leis infraconstitucionais que serão descritas no decorrer deste capítulo. Também serão dissecadas as nuances de cada Força Armada e suas respectivas normas de organização de seus sistemas de saúde.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Algumas leis, decretos e normas ganharam importante destaque para a assistência à saúde dos militares e seus dependentes. Dentre elas, estão o Decreto-lei nº92.512 de 1986, que versa sobre a assistência médico-hospitalar, a Lei 6.880 de 1980 ou , mais conhecido como Estatuto dos Militares, a medida provisória 2215-10 de 2001, que dispõe sobre o financiamento dos fundos de saúde e o programa 0637 criado para destinar as Forças Armadas a cumprir sua função constitucional. Esses diplomas legais serão analisados ao longo deste capítulo.

O primeiro dispositivo legal a ser abordado é o Decreto nº 92.512, de 2 de abril de 1986, que estabeleceu normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, além de outras providências. Desde sua criação, sofreu inúmeras alterações, sendo a última feita pelo Decreto nº 8733 de 2 de Maio de 2016 (Poder Executivo) – a qual alterou os artigos. 14 a 17; e, o art. 19,

"caput", inciso III.

O primeiro artigo deste decreto assegura que os militares e seus dependentes possuem direito à assistência médico-hospitalar ambulatorial ou internado de acordo com as condições deste decreto e das normas específicas de cada força. Esse direito é reforçado pelo item “e” do artigo 50 do Estatuto dos militares.

Art. 1º O militar da Marinha, do Exército e da Aeronáutica e seus dependentes têm direito à assistência médico-hospitalar, sob a forma ambulatorial ou hospitalar, conforme as condições estabelecidas neste decreto e nas regulamentações específicas das Forças Singulares. (DECRETO Nº 92.512, 1986)

e) a assistência médico-hospitalar para si e seus dependentes, assim entendida como o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção, conservação ou recuperação da saúde, abrangendo serviços profissionais médicos, farmacêuticos e odontológicos, bem como o fornecimento, a aplicação de meios e os cuidados e demais atos médicos e paramédicos necessários; (REDAÇÃO DADA PELA LEI Nº 6.880, 1980)

Já o segundo artigo do decreto 92.512 define que a assistência será prestada pelas seguintes organizações:

I - dos Ministérios Militares;
 II - Hospital das Forças Armadas;
 III - de Assistência Social dos Ministérios Militares, quando existentes;
 IV - do meio civil, especializadas ou não, oficiais ou particulares, mediante convênio ou contrato;
 V - do exterior, especializadas ou não. (REDAÇÃO DADA PELO DECRETO 92.512 DE 1986)

8.2.1 Usuários dos sistemas de saúde militar

Os usuários dos sistemas de saúde militar são definidos pelos itens V e VI do artigo 3º do Decreto-Lei 92.512, sendo, portanto, os militares ativos e inativos, e seus respectivos dependentes,

V - Beneficiários da Assistência Médico-Hospitalar - são os militares da ativa ou na inatividade, bem como seus respectivos dependentes definidos no Estatuto dos Militares;
 VI - Beneficiários dos Fundos de Saúde - são os beneficiários da assistência médico-hospitalar que contribuem para os Fundos de Saúde e os dependentes dos militares que, a critério de cada Força, sejam enquadrados nos regulamentos dos respectivos Fundos;
 XI - Dependentes de Militar - são os assim definidos no Estatuto dos Militares; (DECRETO Nº 92.512, 1986)

Já os dependentes são classificados de acordo com o item V e XI da referida lei junto com o disposto no parágrafo 2º e 3º do artigo 50 do Estatuto dos Militares, conforme exposto a seguir:

§ 2º São considerados dependentes do militar:

I - a esposa;

II - o filho menor de 21 (vinte e um) anos ou inválido ou interdito;

III - a filha solteira, desde que não receba remuneração;

IV - o filho estudante, menor de 24 (vinte e quatro) anos, desde que não receba remuneração;

V - a mãe viúva, desde que não receba remuneração;

VI - o enteado, o filho adotivo e o tutelado, nas mesmas condições dos itens II, III e IV;

VII - a viúva do militar, enquanto permanecer neste estado, e os demais dependentes mencionados nos itens II, III, IV, V e VI deste parágrafo, desde que vivam sob a responsabilidade da viúva;

VIII - a ex-esposa com direito à pensão alimentícia estabelecida por sentença transitada em julgado, enquanto não contrair novo matrimônio.

§ 3º São, ainda, considerados dependentes do militar, desde que vivam sob sua dependência econômica, sob o mesmo teto, e quando expressamente declarados na organização militar competente:

a) a filha, a enteada e a tutelada, nas condições de viúvas, separadas judicialmente ou divorciadas, desde que não recebam remuneração;

b) a mãe solteira, a madrasta viúva, a sogra viúva ou solteira, bem como separadas judicialmente ou divorciadas, desde que, em qualquer dessas situações, não recebam remuneração;

c) os avós e os pais, quando inválidos ou interditos, e respectivos cônjuges, estes desde que não recebam remuneração;

d) o pai maior de 60 (sessenta) anos e seu respectivo cônjuge, desde que ambos não recebam remuneração;

e) o irmão, o cunhado e o sobrinho, quando menores ou inválidos ou interditos, sem outro arrimo;

f) a irmã, a cunhada e a sobrinha, solteiras, viúvas, separadas judicialmente ou divorciadas, desde que não recebam remuneração;

g) o neto, órfão, menor inválido ou interdito;

h) a pessoa que viva, no mínimo há 5 (cinco) anos, sob a sua exclusiva dependência econômica, comprovada mediante justificação judicial;

i) a companheira, desde que viva em sua companhia há mais de 5 (cinco) anos, comprovada por justificação judicial; e

j) o menor que esteja sob sua guarda, sustento e responsabilidade, mediante autorização judicial. (REDAÇÃO DADA PELA LEI Nº 6.880, 1980)

O parágrafo 4º do artigo 50 do Estatuto dos militares ainda define o que pode ser considerado remuneração para fins de inclusão ou exclusão no quadro de dependente.

§ 4º Para efeito do disposto nos §§ 2º e 3º deste artigo, não serão considerados como remuneração os rendimentos não-provenientes de trabalho assalariado, ainda que recebidos dos cofres públicos, ou a remuneração que, mesmo resultante de relação de trabalho, não enseje ao dependente do militar qualquer direito à assistência previdenciária oficial. (REDAÇÃO DADA PELA LEI Nº 6.880, 1980)

Importante ressaltar que as duas leis ainda garantem o atendimento ao militar e seus dependentes, mesmo em locais aonde não existam unidades de saúde da respectiva força. Nessa situação, o atendimento poderá ser feito por unidades de outras Forças ou ainda através de convênios com instituições privadas.

Art. 5º Nas localidades onde não houver organização de saúde de seu Ministério, o militar e seus dependentes terão assistência médico-hospitalar proporcionada por organização congênere de outra Força Singular, quando encaminhados por autoridade competente. (DECRETO Nº 92.512, 1986)

Contudo, caso seja necessário, será autorizado pela autoridade militar competente, mediante parecer médico indicando a necessidade, exceto nos casos de urgência/emergência que podem ser ratificados posteriormente, o atendimento em unidades de saúde extra-Forças Armadas, no país ou no exterior. Nesse último caso, somente para militares ativos ou inativos em missão oficial, e seus dependentes que estejam acompanhando na comissão, conforme disposto no artigo 7º do decreto 92.512.

Art. 7º A assistência médico-hospitalar aos militares da ativa ou na inatividade, em organizações de saúde estranhas às Forças Armadas, no País ou no exterior, por motivos médicos que transcendam à possibilidade de atendimento pelos seus sistemas, será autorizada:

I - pelo seu comandante, diretor ou chefe, ou autoridade militar para tal designada, mediante parecer de oficial médico subordinado ou de facultativo contratado, para organizações de saúde no País;

II - pelo Ministro de Estado da respectiva Força Singular, mediante parecer de seu Diretor de Saúde, para organizações de saúde no exterior.

§ 1º Os internamentos de emergências em organizações de saúde estranhas às Forças Armadas, que ocorrerem sem a autorização de que trata o item I deste artigo, poderão ser ratificados pela autoridade ali mencionada, desde que comprovada a urgência.

§ 2º A continuidade do tratamento dos casos especificados no parágrafo anterior, no que tange à permanência na organização estranha ou à remoção ou evacuação para as organizações das Forças Armadas, ficará condicionada à situação médica dos pacientes, em conformidade com as normas específicas de cada Força. (DECRETO Nº 92.512, 1986)

Importante ressaltar que, mesmo que haja organização de saúde militar de sua Força, em situações especiais que justifiquem o atendimento como carência de recursos médico-hospitalares, ou, ainda, nas situações de urgência, fica o militar e seus dependentes coberto por assistência à saúde em unidades de outras Forças que não a própria. Apesar de cada força ter seu sistema de saúde próprio, o artigo 5º do decreto 92.512 garante a assistência dos militares e seus dependentes por organizações militares congêneres de outras forças singulares, inclusive em locais aonde há unidades próprias, mas não há o recurso necessário à prestação dessa assistência.

Parágrafo único. Aplica-se o disposto neste artigo aos casos em que, mesmo existindo organização de saúde de seu Ministério, existam razões especiais, relativas à carência de recursos médico-hospitalares ou a situações de urgência, que justifiquem o atendimento em organização de saúde que não a da própria Força. (REDAÇÃO DADA PELO DECRETO Nº 92.512, 1986)

O mesmo dispositivo legal ainda trata da permanência do usuário em instituições alheias ao sistema de saúde militar, devendo, assim que possível, e a condição clínica do paciente permitir, serem removidos ao hospital militar de referência.

8.2.2 O Programa 0637 – Serviço de Saúde das Forças Armadas.

O Hospital das Forças Armadas (HFA) atende às 3 Forças militares, à Presidência da República, bem como determinados segmentos da sociedade. Em 2011, foi criado pelo HFA um Programa com o objetivo de melhorar a assistência Médico-Hospitalar prestada aos seus usuários e incentivar o desenvolvimento permanente do ensino e da pesquisa.

Prestar assistência médico-hospitalar e odontológica ao pessoal militar das Forças Armadas, ativo e inativo, e a seus dependentes. Busca também o constante aprimoramento dessa assistência para um melhor atendimento à família militar e redução de custos. (...)

O Programa é o instrumento de organização da atuação governamental. Articula um conjunto de Ações que concorrem para um objetivo comum preestabelecido, mensurado por indicadores estabelecidos no Plano Plurianual (PPA), visando à solução de um problema ou o atendimento de uma necessidade ou demanda da sociedade. A Ação se configura num instrumento articulado de programação, que colabora para a viabilização das metas e objetivos de um determinado Programa. A Ação combate as causas do problema, cuja proposta de solução originou o Programa. (...)

A assistência à saúde é uma atividade contínua e permanente, realizada de forma descentralizada pelas Organizações Militares de Saúde dos Comandos da Marinha, do Exército e da Aeronáutica. A busca de aprimoramento é um projeto maior, englobando vários subprojetos e é executado de forma centralizada, em um primeiro momento, pela Comissão Permanente dos Serviços de Saúde da Marinha, Exército e Aeronáutica (CPSSMEA), apoiada pelo Departamento de Saúde e Assistência Social (DESAS) do Ministério da Defesa. (...)

É essencial, para a defesa da Pátria, que os militares estejam sempre preparados para garantir a Soberania Nacional. Neste contexto, manter a higidez do efetivo é de fundamental importância; (...)

O Programa é responsável pela assistência à saúde de um milhão, duzentos e setenta e dois mil, quatrocentos e sessenta e nove (1.272.469) cidadãos brasileiros, sendo 301.741 mil da MB, 674.347 mil do EB e 296.381 mil da FAB (Dados do MD de 2010). O Programa 0637 subdivide-se em duas partes:

- Atividades de manutenção dos Serviços de Saúde; e
- Projetos de aprimoramento da assistência à saúde.

Vale ressaltar que as Ações do Programa 0637 constituem-se em atividades, de caráter permanente e contínuo, que objetivam a manutenção dos serviços de saúde. Até o presente momento, não existe nenhuma Ação para financiar os projetos de aprimoramento. Estes são executados com recursos provenientes de Programas de outros Ministérios ou com recursos originados do Programa 0750 – Apoio Administrativo do Ministério da Defesa.

O Programa 0637 possui duas Ações com recursos aplicados na assistência médico-hospitalar e odontológica do pessoal militar das Forças Armadas, ativo e inativo, e também dos seus dependentes:

—Ação 2059 Atendimento Médico-Hospitalar/Fator de Custo Esta Ação tem por finalidade garantir o atendimento médico-hospitalar aos militares da ativa, inativos, bem como a seus dependentes e pensionistas, em níveis satisfatórios, prestados nas organizações integrantes do Serviço de Saúde das Forças Armadas, incluindo a obtenção de materiais, serviços e equipamentos

necessários à adequada operação do serviço e, também, ao atendimento prestado em organizações civis de saúde, bem como por profissionais de saúde autônomos.

O Decreto No 92.512, de 2 de abril de 1986, em seu Art. 12, prevê que o montante dos recursos financeiros oriundos do produto do Fator de Custo de Atendimento Médico-Hospitalar pelo número de militares e de seus dependentes, de que trata a Letra “a”, do Item I do Art. 11, será calculado:

I - Para os militares, em função do produto dos efetivos militares da ativa e na inatividade, computados em 31 de dezembro do ano anterior, pelo valor do Fator de Custo de Atendimento Médico-Hospitalar fixado para o militar. Compondo a parcela de Outros - Custeio e Capital (OCC).

Assim, os recursos de saúde deixaram de ter destinação precisa e, de certa forma, competem com os recursos com os quais as Forças Singulares administram seu custeio e investimentos na área operativa, para cumprirem sua missão constitucional. (STORTE, 2011, apud LOBO, 2009, fl. 32 a 38)

8.2.3 Fonte de financiamento

Os sistemas de saúde militar possuem duas fontes distintas de recursos. A primeira é proveniente da União e refere-se à obrigação legal do Estado. A segunda é composta pela contribuição mensal obrigatória direta, descontada no contracheque, de militares e pensionistas aos respectivos Fundos de Saúde, como forma complementar para atender as necessidades não supridas pelos recursos federais, e pela indenização médico-hospitalar devida pelo usuário decorrente da prestação de assistência à sua saúde.

As fontes de financiamento dos serviços de assistência médico-hospitalar militar são descritas no artigo 11 do decreto 92.512, sendo compostas por:

I - Dotações orçamentárias, consignadas no Orçamento da União através de propostas anuais dos Ministérios Militares, constituídas de:

- a) recursos financeiros previstos com base no produto do fator de custos de atendimento médico-hospitalar pelo número de militares, da ativa e na inatividade, e de seus dependentes;
- b) recursos financeiros específicos para o custeio de convênios e contratos;
- c) outros recursos que visem à assistência médico-hospitalar.

II - Receitas extra-orçamentárias provenientes de:

- a) contribuições mensais para os fundos de saúde;
- b) indenizações de atos médicos, paramédicos e serviços afins;
- c) receitas provenientes da prestação de serviços médico-hospitalares através de convênios e/ou contratos;
- d) receitas provenientes de outras fontes.

Parágrafo único. Os recursos financeiros, consignados anualmente no Orçamento da União para cada Ministério Militar, destinados a atender às despesas correntes e de capital das organizações de saúde, independem das dotações orçamentárias especificadas neste artigo e não constituem objeto deste decreto. (REDAÇÃO DADA PELO DECRETO Nº 92.512, 1986)

A receita descrita no item “a”, de acordo com o artigo 13º e 14º, corresponde à contribuição mensal obrigatória de militares e pensionistas ao fundo de saúde de sua respectiva força, podendo corresponder a até 3,5% do soldo do respectivo militar. Este percentual pode ser alterado, até esse limite, a critério do comandante de cada força.

XX - Fundo de Saúde - é o recurso extra-orçamentário oriundo de contribuições obrigatórias dos militares, da ativa e na inatividade, e dos pensionistas dos militares, destinado a cobrir parte das despesas com a assistência médico-hospitalar dos beneficiários do Fundo, segundo regulamentação específica de cada Força Singular; [...]

Art. 14. A contribuição de até três e meio por cento ao mês, para constituição do Fundo de Saúde, de cada Força Armada, será estabelecida pelo respectivo Comandante da Força. (REDAÇÃO DADA PELO DECRETO Nº 92.512, 1986)

A distinção entre beneficiários da assistência médico-hospitalar e beneficiário do fundo de saúde é importante do ponto de vista financeiro, pois é este critério que define os valores a serem ressarcidos à Força a título de indenização médico-hospitalar (IMH). Os beneficiários da assistência, que não são beneficiários do Fundo de saúde, estão sujeitos ao pagamento integral da IMH devida pela sua assistência prestada pelas forças armadas conveniadas. Já os beneficiários do Fundo de Saúde, incorre no pagamento de 20% do valor devido das IMHs.

Art. 32. Os beneficiários dos Fundos de Saúde de cada Força estarão sujeitos ao pagamento de 20%.(vinte por cento) das indenizações devidas pela assistência médico-hospitalar que lhes for prestada em organizações de saúde das Forças Armadas, ou através de convênios ou contratos, sendo o restante coberto com os recursos financeiros relacionados no Título III, conforme regulamentação de cada Força.

§ 1º Os beneficiários da Assistência Médico-Hospitalar, não enquadrados como beneficiários dos Fundos de Saúde das respectivas Forças, estarão sujeitos ao pagamento integral das indenizações devidas pela assistência médico-hospitalar que lhes for prestada em organizações de saúde das Forças Armadas ou através de convênios ou contratos. (REDAÇÃO DADA PELO DECRETO Nº 92.512, 1986)

Importante destacar que a Medida-Provisória (MP) 2215-10 de 2001, que versa sobre a reestruturação da remuneração dos militares das Forças Armadas, alterou a lei 6.880 de 1980 corroborando, nos incisos II e III do artigo 15º, a obrigatoriedade do desconto para o Fundo de Saúde e indenização pela assistência prestada.

Art. 15. São descontos obrigatórios do militar:[...]

II - contribuição para a assistência médico-hospitalar e social do militar;

III - indenização pela prestação de assistência médico-hospitalar, por intermédio de organização militar; (REDAÇÃO DADA PELA MEDIDA PROVISÓRIA 2215-10, 2001)

Importante não confundir beneficiário, termo usado para fins de pensão militar, com dependente, termo usado para fins de assistência médico-hospitalar. (ALMEIDA, 2017). Para evitar esse tipo de confusão, neste trabalho será utilizado o termo usuário do sistema de saúde militar, que abrange todas as situações previstas nas leis citadas

anteriormente.

Cada Força singular tem autonomia de organizar e gerir seu sistema de saúde, levando em consideração a legislação e normas vigentes. Todos são baseados no modelo de autogestão. Por não objetivar o lucro, não podem ser enquadrados como sistema de saúde privado, e, portanto, não estão sujeitos ao Código de Defesa do Consumidor, sendo responsabilizados como instituições públicas conforme a “Teoria do Risco Administrativo” discutido anteriormente.

8.3 Os Sistemas de Saúde das Forças Armadas

8.3.1 Exército Brasileiro

O sistema de saúde do Exército Brasileiro é formado pelo SAMMED (Sistema de Assistência Médica ao Militar do Exército e seus Dependentes) /FUSEX (Fundo de Saúde do Exército), sendo composto por Organizações Militares de Saúde (OMS), Organizações Civis de Saúde (OCS), contratadas ou não, e Profissionais de Saúde autônomos, credenciados ou não.

De acordo o artigo de João Carlos da Silva Almeida (2017), em 2017, o sistema de saúde do Exército era composto por 28 hospitais militares, dos quais 7 são Hospitais Militares e área, 6 Hospitais Gerais e 10 Hospitais de Guarnição. 4 policlínicas e 24 postos médicos. Além da estrutura militar própria, esse sistema também é apoiado por, aproximadamente 3325 Organizações Civis de Saúde e 2285 Profissionais de Saúde Autônomos credenciados. (ALMEIDA, 2017)

8.3.2 Força Aérea Brasileira

O embrião do sistema de saúde da Aeronáutica foi criado junto da Força Aérea Brasileira (FAB) em 1941, que surgiu a partir das Aviações Naval e Militar. De início, a saúde era composta por 34 médicos do Exército, 10 da Marinha e 05 do meio civil que possuíam especialidade em Medicina de Aviação, eminentemente preventiva, razão maior de sua existência. Em dezembro de 1941, o Decreto-lei nº 3872 criou o primeiro quadro de médicos da Aeronáutica, formado por um efetivo de 80 oficiais e instituiu a Divisão de Saúde da Diretoria de Pessoal, tendo o Coronel-médico Godinho dos Santos como chefe até 1944 quando o Decreto-lei nº 7147 transformou-a em Diretoria de Saúde. Com o passar do tempo, percebeu-se a necessidade de incorporação de outros profissionais da saúde. Diante dessa necessidade, os Decretos-lei nº 8380 de 1945 criou o quadro de Farmacêuticos e o nº 5376 de 1967 deu início ao quadro de Dentistas.

O sistema de saúde da Aeronáutica (SISAU) é administrado pela Diretoria de Saúde, com apoio gerencial da Subdiretoria de Aplicação de Recursos para a Assistência Médico-hospitalar (SARAM), que determina as normas para o atendimento, as características para cobertura baseada na disponibilidade de recursos financeiros, os programas de aplicação orçamentária para custeio das despesas com assistência à saúde de seus usuários, de acordo com a lei vigente. A SARAM também gerencia o Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSA) como uma das fontes de recursos, podendo estabelecer convênios com organizações civis privadas e profissionais autônomos para formar uma rede complementar necessária à assistência à saúde dos usuários. (STORTE, 2011)

O SISAU é composto basicamente por 09 hospitais, 1 casa gerontológica, 1 instituto e 1 centro de medicina aeroespacial, 1 laboratório químico-farmacêutico e 3 odontoclínicas, além de diversas outras unidades. (DIRETORIA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA, 2018)

8.3.3 Marinha do Brasil

O Sistema de Saúde da Marinha (SSM) é baseado no modelo de autogestão e conta com um conjunto organizado de recursos humanos, materiais, financeiros, tecnológicos e de informações destinado a prover Assistência Médico-Hospitalar (AMH) aos seus usuários. Para isso, possui uma rede nacional de Organizações Militares Hospitalares (OMH) distribuídas pelos 9 Distritos Navais, sendo cada hospital responsável pela AMH em sua área de abrangência. Nos locais onde não há OMH, a assistência será efetuada por uma Organização Militar com Facilidades Médicas (OMFM), encaminhando, caso seja necessário, o usuário a uma unidade médico-odontológica própria, a Hospitais militares de outras forças, ou à rede credenciada.

Sua estrutura organizacional é composta pelo Órgão de Direção Setorial (ODS), sendo no caso da saúde a Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha (DGPM), a quem cabe orientar e controlar as atividades do SSM em consonância com as políticas e diretrizes do Comandante da Marinha, a qual é subordinada.

A Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) é um Órgão de Direção Especializada (ODE) subordinada à DGPM e tem o propósito de contribuir para a eficácia do SSM. Para a consecução do seu propósito, cabe à DSM as seguintes tarefas:

- I. Como órgão de Direção Especializada: planejar e supervisionar as atividades técnicas e gerenciais do SSM.
- II. Como órgão de Supervisão de Subsistemas: supervisionar os subsistemas assistencial, médico-pericial e medicina operativa.
- III. Como órgão de Execução Técnica:
 - A. A aquisição de equipamentos e material permanente de saúde.
 - B. As atividades inerentes à Agência de Catalogação de insumos relacionados à saúde (medicamentos, artigos de saúde e substâncias e produtos químicos de uso específico da área de saúde).

O Sistema de Saúde da Marinha possui como vertentes as áreas Assistencial, Pericial e Operativa. Na área Assistencial, proporciona atendimento a seus usuários de forma ampla com ações objetivas para prevenção de doenças, recuperação e manutenção da saúde centrada em três eixos: prevenção e Promoção da Saúde; Atenção Básica (baixa complexidade): Policlínicas Navais e Atenção Especializada (média e alta complexidade): Hospitais distritais, HNMD e OCM. Na área pericial, atua nos processos periciais admissionais e na avaliação das condições psicofísicas para o pleno exercício das atividades laborativas. Já na área operativa, atua na normatização, orientação e fiscalização das atividades de saúde inerentes a uma Força Armada.

O SSM possui diversas normas reguladoras, que são publicações normativas que estabelecem, em consonância com os princípios fundamentais e conceitos básicos e doutrinários, as normas de comportamento e de conduta, processos, métodos e procedimentos específicos, sendo cada norma para um objetivo específico:

- DGMP-401: Normas para AMH.
- DGPM-402: Normas sobre Radioproteção, cadastramento e descadastramento de Pessoal e de Fonte de Radiação Ionizante.
- DGPM-403: Normas sobre Medicamentos, Material de Saúde e Utilização de Sangue na MB.
- DGPM-404: Normas sobre Dados Estatísticos e Auditoria em Saúde.
- DGPM-405: Normas para Apoio de Saúde às Operações Navais.
- DGPM-406: Normas Reguladoras para Inspeções de Saúde na Marinha.

9. RESPONSABILIDADE DOS HOSPITAIS DAS FORÇAS ARMADAS

De início, faz-se um adendo que, apesar do título do capítulo, este conceito deve se estender a todo tipo de instituição que forneça serviços na área de saúde, como hospitais, clínicas, laboratórios entre outros. Dito isto, quando falamos de responsabilidade hospitalar- termo mais adotado na doutrina-, deve-se inicialmente distinguir entre instituição privada e entidade pública, considerando que as instituições militares prestadoras de assistência à saúde integram o grupo das entidades públicas. Esta matéria já encontrava respaldo na Constituição Federal, mas foi com advento do Código de Defesa do Consumidor que esta relação paciente/cliente-instituição fornecedora de serviços de saúde obteve importante mudança. (KFOURI NETO. 2015)

A primeira coisa a ser feita para entendermos desse tema é classificar o que se entende por atividade hospitalar. Esta atividade engloba não só os serviços médico, como também os serviços de hotelaria e hospedagem, e atividades paralelas ao serviço médico contratado, tanto parcial quanto totalmente, pelo médico ou próprio paciente. Diante de toda essa gama de atividades, não é incomum se questionar qual seria o tipo de responsabilidade gerada em cada caso. Contudo, não é difícil perceber que cada atividade que tenha gerado um dano responderá com base em uma fundamentação específica para cada situação. Em importante ensaio sobre a matéria, Miguel Kfoury Neto, em seu livro sobre responsabilidade civil dos hospitais, ensina-nos importantes conceitos:

a) *Atos extramédicos* – Não obstante falar-se em “*hotelaria*”, é claro que a permanência do doente no hospital difere substancialmente da mera hospedagem. Enfatiza-se a obrigação de seguridade que, para THIERRY VANSWEEVELT, é o dever do hospital de zelar pela segurança dos pacientes. Além dos cuidados comuns, o hospital deve adotar todas as medidas para assegurar a integridade física do doente, no interior das suas dependências – e evitar qualquer acidente que possa acarretar dano ao enfermo. Em regra, esses serviços de alojamento, alimentação, conforto das instalações, deslocamento do doente nas dependências do hospital, manutenção e funcionamento regular dos equipamentos, são desempenhados por pessoal auxiliar, sob as ordens da administração do hospital – e requerem muita atenção. Quanto menor a autonomia do paciente, quanto mais restritos seus movimentos, maiores os cuidados exigíveis.

b) *Atos paramédicos* – Em geral, são praticados pela enfermagem e outros profissionais da saúde, auxiliares ou colaboradores, que executam ordens do médico. Alimentação parenteral, colocação de aparelho gessado em membro fraturado, administração de medicamentos, aplicação de injeções, exames radiológicos, curativos, controle de pressão arterial e temperatura – são alguns exemplos. Eventuais lesões sofridas pelos pacientes, advindas da má prestação desses serviços, também se subordinam às regras do CDC – e pelos danos torna-se responsável o hospital.

c) *Atos essencialmente médicos* – Praticados exclusivamente pelos profissionais da medicina. Implicam formação e conhecimentos médicos, domínio das “*leges artis*” da profissão. O médico haverá de responder pelos danos decorrentes da própria atuação – desde que provada sua culpa. Quanto

aos atos puramente médicos, responderá o hospital, solidariamente – como veremos a seguir – mediante comprovada imperícia, imprudência ou negligência do profissional da medicina.(KFOURI NETO, 2015, p.26-27)

9.1 Responsabilidade das Instituições Privadas

Fato pacificado, porém, é que danos decorrentes de atividade própria, seja do hospital ou do laboratório, ensejam a responsabilidade do tipo objetiva. O grande debate atual gira em torno do ato realizado por um profissional subordinado a esta instituição, se ele responderia pela teoria objetiva, ainda que não tenha agido por culpa, ou se seria subjetiva. (SOUZA. 2017).

A doutrina atual, que encontra respaldo na jurisprudência mais recente, é no sentido de que havendo o médico agido por culpa, isto é, imperícia, imprudência ou negligência, ainda que o médico responda de forma subjetiva por sua responsabilidade, a instituição hospitalar responderá de forma solidária, porém, de forma objetiva. (SOUZA. 2017)

Considerando as especificidades da atividade médica, que tem na prática do ato médico o seu fim precípua, e considerando que estas especificidades se mantêm ainda que a prática da atividade médica seja realizada em uma organização empresarial, a responsabilização da empresa somente ocorreria se demonstrada a ilicitude do ato médico, ilicitude esta que pressupõe, entre outras, na falha do dever de cuidado, no dever de informação e no atendimento. A consequência prática aqui é que, em qualquer situação, a demonstração da ilicitude da atividade médica passaria pela necessária demonstração da negligência, imprudência ou imperícia (culpa) daquele que praticou o ato médico. Não é por outra razão que a tendência tem sido no sentido de buscar uma irregularidade na atuação do profissional para fins de responsabilização da pessoa jurídica. [...]

Importante ainda notar que o profissional de saúde pode ter vínculo com a pessoa jurídica ou estar atuando na pessoa jurídica de maneira liberal. Exemplo clássico, aqui, é o profissional médico ou odontólogo que se utiliza do hospital para realização de um procedimento qualquer. (SOUZA, 2017, p.216-217)

Sobre a responsabilidade solidária ou passiva, este instituto ocorre quando for possível que o autor da ação possa exigir de um ou mais réus o cumprimento integral da obrigação. Em resumo, todos os sujeitos alocados no polo passivo respondem em igual proporção pelo ato de qualquer um desses sujeitos, devendo, então, a solidariedade ser comprovada e aferível objetivamente (KFOURI NETO. 2015)

No âmbito da responsabilidade dos profissionais da saúde, assume grande importância definir a existência ou não de responsabilidade solidária entre médicos – ou quaisquer outros profissionais liberais – e os hospitais, clínicas, planos de saúde, seguro-saúde, SUS, cooperativas médicas e laboratórios. (KFOURI NETO, 2015, p.47)

Como as Forças Armadas podem firmar convênios com as instituições privadas

para complementar a assistência prestada aos seus usuários, cabe ressaltar que qualquer prestador de serviço que se vincule a qualquer pessoa jurídica de direito público interno realiza atividade típica da administração, como se Estado fosse, e, portanto, responde de igual forma, baseado na objetividade (KFOURI NETO. 2015)

Art 37º § 6º As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa. (REDAÇÃO DADA PELA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988)

9.2 Responsabilidade das Instituições Públicas

Em se tratando de entidade pública, e fundamentado no artigo 37, parágrafo sexto da Carta Magna, reproduzido acima, é aplicada a estas instituições a teoria do risco administrativo, na qual a responsabilidade é objetiva e é dispensada a comprovação de culpa. (KFOURI NETO. 2015)

Conforme leciona Sérgio Cavalieri Filho em sua consagrada obra sobre responsabilidade civil:

O exame desse dispositivo revela, em primeiro lugar, que o Estado só responde objetivamente pelos danos que os seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros. A expressão seus agentes, nessa qualidade, está a evidenciar que a Constituição adotou expressamente a teoria do risco administrativo como fundamento da responsabilidade da Administração Pública, e não a teoria do risco integral, porquanto condicionou a responsabilidade objetiva do Poder Público ao dano decorrente da sua atividade administrativa, isto é, aos casos em que houver relação de causa e efeito entre a atuação do agente público e o dano. Sem essa relação de causalidade, como já ficou assentado, não há como e nem por que responsabilizá-lo objetivamente. (CAVALIERI FILHO, 2012, p.260-261)

Cavalieri Filho (2005, p.439) aduz ainda que “o Estado, por si só, não pode causar dano a ninguém. Sua responsabilidade advém dos danos que seus agentes causem a terceiros.”

Complementando sua visão, o Ministro Carlos Brito adiciona:

O Estado não pode responder por dano causado por alguém que não é seu agente ou que, embora o seja, não esteja, quando da prática do ato que deu causa ao dano, no desempenho das atribuições do seu cargo, função ou emprego público. (Supremo Tribunal Federal. Relator o Ministro Carlos Brito. RE nº363423/SP)

No mesmo sentido, preceitua o Código Civil de 2002:

Art. 41. São pessoas jurídicas de direito público interno:

I - A União;

II – Os Estados, o Distrito Federal e os Territórios; (...)

Art. 43. As pessoas jurídicas de direito público interno são civilmente responsáveis por atos dos seus agentes que nessa qualidade causem danos a terceiros, ressalvado direito regressivo contra os causadores do dano, se houver, por parte destes, culpa ou dolo.

Art. 22. Os órgãos públicos, por si ou suas empresas, concessionárias, permissionárias ou sob qualquer outra forma de empreendimento, são obrigados a fornecer serviços adequados, eficientes, seguros e, quanto aos essenciais, contínuos.

Parágrafo único. Nos casos de descumprimento, total ou parcial, das obrigações referidas neste artigo, serão as pessoas jurídicas compelidas a cumpri-las e a reparar os danos causados, na forma prevista neste código. (REDAÇÃO DADA PELA LEI Nº10.406 DE 2002)

Como dito, sob a ótica do CDC, o hospital enquadra-se entre os fornecedores de serviço, portanto, responde nos termos do art. 14, *caput*:

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos. (REDAÇÃO DADA PELA LEI Nº LEI 8.078 DE 1990)

Neste caso, referindo-se ao erro médico, em particular, não é necessário demonstrar a culpa do médico, este militar ou civil, pertencente ao corpo clínico da instituição assistencial militar, no exercício de sua função. Significa dizer que bastará ao lesado a comprovação do dano e do nexo de causalidade, relacionando-os diretamente aos serviços defeituosos prestados pela instituição, para emergir o dever de indenizar (MELO. 2014). Este foi o entendimento do STJ de São Paulo em dois casos a seguir, sendo a primeira situação em decorrência de erro médico do plantonista e no segundo, por erro diagnóstico:

Informativo nº 0438 - Período: 7 a 11 de junho de 2010. – Terceira Turma RESPONSABILIDADE. HOSPITAL. CULPA. PLANTONISTA.

O tribunal a quo, com base no conjunto fático-probatório, concluiu que houve erro do médico plantonista, na modalidade culposa, em razão de sua negligência por omissão de providências aptas, em tese, a impedir a produção do dano. Assim, nesse ponto, aplica-se a Súm. n. 7-STJ. No caso, a **responsabilidade do hospital é objetiva** quanto à atividade de seu profissional plantonista (art. 14 do CDC), **não sendo necessário demonstrar a culpa do hospital relativamente a atos lesivos decorrentes de culpa de médico integrante de seu corpo clínico no atendimento**. Com relação ao valor arbitrado como indenização, deve ser mantida a quantia de R\$ 83 mil, visto que a jurisprudência assente deste Superior Tribunal é no sentido de que, apenas quando irrisório ou exorbitante, faz-se necessária sua intervenção no quantum arbitrado pelas instâncias ordinárias. Assim, a Turma negou provimento ao recurso. Precedente citado: REsp 696.284-RJ, DJe 18/12/2009. REsp 1.184.128-MS, Rel. Min. Sidnei Beneti, julgado em 8/6/2010.

Informativo nº 0418 - Período: 30 de novembro a 4 de dezembro de 2009. - Terceira Turma

RESPONSABILIDADE. HOSPITAL. MÉDICO. DIAGNÓSTICO.

A Turma negou provimento ao recurso, reiterando o entendimento de que se aplica o CDC no que se refere à responsabilidade médica e hospitalar, **cabendo ao hospital a responsabilidade objetiva** (CDC art. 14), no caso de dano material e moral causado a paciente que escolhe o hospital (emergência) e é atendido por profissional médico integrante, a qualquer título, de seu corpo clínico, prestando atendimento inadequado, causador de morte (**erro de diagnóstico**).

Outrossim, **responde por culpa subjetiva o médico**, aplicando-se, porém, a **inversão do ônus da prova** (CDC art. 6º, VIII). Precedentes citados: REsp 519.310-SP, DJ 24/5/2004; REsp 258.389-SP, DJ 22/8/2005; REsp 908.359-SC, DJe 17/12/2008, e REsp 880.349-MG, DJ 24/9/2007. REsp 696.284-RJ, Rel. Min. Sidnei Beneti, julgado em 3/12/2009.

Com o advento da lei consumerista em 1990, questionou-se a aplicação dessa lei aos serviços médicos nas instituições de saúde pública ou privada, o que gerou controvérsia. Entretanto, de acordo com Melo (2014, p. 165), ainda que se afastasse a aplicação do CDC nas relações hospitalares, e aplicasse, exclusivamente, o Código Civil, ainda assim, “a responsabilidade do hospital seria objetiva” fundamentada na combinação das doutrinas da culpa: *in vigilando* é relativa a falta de supervisão pela gestão sobre as atividades realizadas por seus funcionários; *in elegendo* é a responsabilização do hospital, através da culpa presumida, pela escolha mal feita de seus funcionários ou prepostos; e *in custodiendo* relacionada aos cuidados prestado durante a internação- baseadas nos artigos 932 incisos III e IV, e artigo 933.

Diante desses esclarecimentos, analisar-se-á a natureza das instituições médico-hospitalares militares. Tratando-se de serviços médicos prestados por hospitais públicos, sejam eles da União, dos Estados ou dos Municípios, empresas públicas, autarquias e fundações a “responsabilidade também é objetiva”, fundamentado na teoria do risco, baseado no parágrafo sexto do artigo 37 da Constituição Federal. Isso significa, segundo Melo (2014, p.167/168), que: “basta demonstrar a ocorrência do dano e o nexos causal para gerar a obrigação de reparar a lesão sofrida”. Esse é o entendimento majoritário da jurisprudência, conforme Decisão da 15ª Vara Federal do Rio de Janeiro:

Apelação Cível - Turma Espec. III - Administrativo e Cível
Nº CNJ: 0041288-36.2012.4.02.5101 (2012.51.01.041288-8) RELATOR:
Desembargador Federal GUILHERME CALMON NOGUEIRA DA GAMA
APELANTE: LEVY DE OLIVEIRA BATALHA
ADVOGADO: RJ119560 - RAFAELLA MARCOLINI E OUTROS
APELADO: UNIAO FEDERAL
PROCURADOR: ADVOGADO DA UNIÃO
ORIGEM: 15ª Vara Federal do Rio de Janeiro
(00412883620124025101)

E M E N T A

APELAÇÃO. CIVIL. PROCESSO CIVIL. DANO MORAL.
RESPONSABILIDADE CIVIL.

ERRO MÉDICO. NÃO COMPROVAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE

DANO. ÔNUS DA PROVA. ART.333, I, DO CPC/73. IMPROVIMENTO.

1. Trata-se de apelação cível interposta contra sentença proferida nos autos da ação comum de rito ordinário, objetivando o recebimento de valor pecuniário, a título de reparação por danos morais, materiais e estéticos, em razão de alegado **erro médico** cometido durante o pré-natal da segunda autora no **Hospital Central da Aeronáutica**, o que ocasionou sequelas irreversíveis ao autor.

2. (...); 3. (...); 4. Com efeito, as provas periciais produzidas nos autos, adequadas e pertinentes à hipótese, apontam no sentido de que **não** houve falha no atendimento médico-hospitalar prestado ao primeiro autor, ou seja, demonstram não haver nexos causais entre os procedimentos adotados pelos médicos no tratamento do recém nascido ou a omissão na prestação desse serviço e os respectivos problemas de saúde e sequelas causados ao autor. Os desdobramentos ocorridos no pós-parto se deram em decorrência de complicações na gravidez, não tendo havido retardo ou falha no diagnóstico, tão pouco erro na escolha das condutas terapêuticas utilizadas, que foram todas adequadas ao caso em questão.

5. A Constituição Federal de 1988 consagrou a teoria da responsabilidade civil objetiva do Estado (art. 37, § 6º), **a qual se funda no risco administrativo**, ou seja, para a aferição da responsabilidade civil do Estado e o consequente reconhecimento do direito à reparação pelos prejuízos causados, **é suficiente que se prove o dano sofrido e o nexo de causalidade entre a omissão/conduta atribuíveis** ao Poder Público, ou aos que agem em seu nome, por delegação, e o aludido dano. De todo modo, **é permitido ao Estado afastar a sua responsabilidade nos casos de exclusão do nexo causal - fato exclusivo da vítima, caso fortuito, força maior e fato exclusivo de terceiro.** (BRASIL. 15ª Vara Federal do Rio de Janeiro)

Como dito, o tema é controverso, pois a aplicação dessa teoria vem sofrendo crítica. Ao mesmo tempo, verifica-se decisão que entende que a teoria do risco administrativo não deve ser aplicada no caso de erro médico. Ou seja, para responsabilizar o hospital público, faz-se necessário a comprovação a culpa do médico. Conforme ilustra abaixo a decisão da Sexta Turma Especializada do Tribunal Regional Federal (TRF) da 2ª Região.

Acórdão

Origem: TRF-2

Classe: APELREEX - APELAÇÃO/REEXAME NECESSÁRIO - 480939

Processo: 2002.51.01.016843-1 UF : RJ Órgão Julgador: SEXTA TURMA ESPECIALIZADA

Data Decisão: 05/07/2010 Documento: TRF-200235259

Tabela Única de Assuntos (TUA)

Dano Morale /ou Material - Responsabilidade Objetiva

E-DJF2R - Data: 03/08/2010 - Página::111

Ementa

RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. PROVA PERICIAL. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DESNECESSÁRIO. SEQUELAS. DANOS MORAIS. 1. Caso em que o apelado cumpria serviço **militar** obrigatório e foi constatada a necessidade de intervenção cirúrgica em razão de diagnóstico de hidrocele. O apelado foi, entretanto, submetido também à cirurgia de varicocele, desnecessária para o caso, conforme assinalado em laudo pericial, e causadora de dano. 2. A responsabilidade civil da União por danos causados em tratamento médico-hospitalar em instituição militar (**Hospital Central do Exército**) **NÃO É BASEADA NO RISCO ADMINISTRATIVO, deve ser, portanto, verificada a culpa e a relação de causalidade.** No caso esses elementos estão presentes. 3. Segundo o laudo

pericial, **houve erro médico** e o apelado foi **submetido a cirurgia desnecessária**, resultando em dor crônica nos testículos, algo grave, mormente quando o autor nasceu em 1980. O valor da reparação foi estimado de modo prudente, com a necessária sensibilidade para a extensão do dano causado e a gravidade da ação culposa. 4. Remessa e apelo desprovidos. Sentença mantida.

Relator: Desembargador Federal GUILHERME COUTO

Votantes: Desembargador Federal FREDERICO GUEIROS

Desembargador Federal GUILHERME COUTO

Desembargador Federal GUILHERME CALMON

NOGUEIRA DA GAMA

Decisão

Decide a Sexta Turma Especializada do TRF da 2ª Região, por unanimidade, negar provimento à apelação e à remessa necessária, nos termos do voto do Relator. (Processo TRF: 2002.51.01.016843-1, 2010, p111)

Portanto, mesmo que a responsabilidade do Estado seja objetiva, seus agentes, se no ato profissional for verificada culpa, responderão pela teoria subjetiva. No caso dos hospitais militares, deverá ser observado se houve culpa do Oficial Médico.

Conforme diz Cavalieri Filho (2005, p. 449): “Diante dos pressupostos da responsabilidade objetiva, ao Estado só cabe defender-se provando a inexistência do fato administrativo, a inexistência do dano ou a ausência do nexo de causalidade entre o fato e o dano.” Logo, outra importante característica desse tipo de responsabilidade atribuído ao Estado é a inversão do ônus da prova.

Conclui-se, então, que o Estado responde de forma objetiva, através de seus agentes, apenas quando estes estão no exercício de sua função ou cargo. Afasta-se o dever de reparar atribuído ao Estado quando não for demonstrada a responsabilidade subjetiva-culpa- do médico que realizou o serviço. Ainda, excluem essa responsabilidade os casos fortuitos ou força maior, culpa exclusiva da vítima ou de terceiro e ausência de nexo causal. Consoante importante contribuição ao tema, o Ministro Ruy Rosado elucida em sua obra:

Os hospitais públicos, da União, Estados, Municípios, suas empresas públicas, autarquias e fundações, estão submetidos a um tratamento jurídico diverso, deslocadas suas relações para o âmbito do direito público, especificamente ao direito administrativo, no capítulo que versa sobre a responsabilidade das pessoas de direito público pelos danos que seus servidores, nessa qualidade, causem a terceiros. [...] Adotou-se o princípio da responsabilidade objetiva, cabendo ao Estado o dever de indenizar sempre que demonstrada a existência do fato, praticado por agente do serviço público que, nessa qualidade, causar dano (é a responsabilidade pelo fato do serviço), eximindo-se a Administração, total ou parcialmente, se provar a força maior, o fato necessário ou inevitável da natureza, ou a culpa exclusiva ou concorrente da vítima. [...] A jurisprudência se divide quanto à natureza da responsabilidade do Estado por atos danosos praticados nos hospitais públicos, por seus servidores, sejam médicos, enfermeiros ou serviços, mas a maioria pende para a responsabilidade objetiva (AGUIAR JUNIOR, 2000, p.171-175)

10. A JUDICIALIZAÇÃO DE ERROS MÉDICOS

Nos últimos anos, tem se observado o aumento exponencial de ações na justiça envolvendo médicos. O mesmo ocorre com os casos de denúncias contra médicos nos Conselhos Regionais de Medicina.

O motivo do aumento da demanda judicial é, geralmente, devido a uma multiplicidade de fatores, dentre os quais se destacam: o maior acesso à informação pelo paciente, o maior acesso à Justiça, queda na qualidade da prestação do serviço, seja por falta de estrutura, por formação deficiente ou ainda quantidade excessiva de paciente por médico. Além disso, temos pacientes cada vez mais exigentes e menos tolerantes, a necessidade de culpar alguém por desfechos negativos no processo saúde-doença, embora a obrigação do médico seja de meio e não de resultado, e, infelizmente, ao aumento da “indústria” da indenização. Essa discussão não é nova e gera grande preocupação entre os profissionais, conselhos de classe e instituições de saúde civis e militares.

Em 1998, esse tema já era motivo de preocupação para Genival Veloso de França e Júlio César Meirelles Gomes, duas das maiores autoridades em deontologia médica brasileira, sendo objeto de estudo, em um brilhante artigo publicado por eles (França e Gomes. 1998), a natureza do erro médico, estimando seus determinantes essenciais e buscando os meios de conjurá-los, se não, reduzi-los à expressão mínima.

Os autores supracitados definiram o erro médico como “a conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica capaz de produzir um dano à vida ou à saúde de outrem, caracterizada por imperícia, imprudência ou negligência.” (FRANÇA & GOMES, 1998, p.02).

Para melhor compreensão, extrai-se do artigo mencionado acima a explicação acerca da diferença entre acidente imprevisível do resultado incontrolável:

Acidente imprevisível é o resultado lesivo, advindo do caso fortuito ou força maior, incapaz de ser previsto ou evitado, qualquer que seja o autor em idênticas circunstâncias. Por outro lado, o resultado incontrolável é aquele decorrente de situação incontornável, de curso inexorável, próprio da evolução do caso – quando, até o momento da ocorrência, a ciência e a competência profissional não dispõem de solução. (FRANÇA & GOMES, 1998 p.02).

O atual desafio vivido pelos médicos é coincidir a sagrada missão de prevenir, tratar, curar e salvar vidas, com a necessidade em adequar sua atuação com as normas jurídicas, em tempos de absoluto acesso à informação e alarde pelos meios de comunicação. Dentre os maiores bens jurídicos protegidos pela Carta Magna estão: a vida, a integridade física e psíquica, a dignidade e a intimidade humana.

Para mitigar os exageros, desgaste para a própria imagem da profissão médica, exploração da mídia e, por consequência, as implicações ético-disciplinares e prejuízo econômico para o médico, com base na visão de renomados estudiosos do Direito Médico, apresentar-se-á algumas questões que estão no centro das causas da judicialização por erro médico.

10.1 Prevenção de Erros Médicos

Apesar de que não ter sido possível identificar pesquisas mapeando as causas das demandas judiciais relacionadas às instituições militares, leciona Arêas (2012, p. 49) em um consistente estudo sobre responsabilidade civil do médico militar e sua repercussão nas Forças Armadas, que o erro médico do oficial no exercício da profissão “pode levar a resultados desastrosos para o paciente ou para um ferido durante uma operação ou exercício militar, além de poder vir a gerar ações judiciais contra os profissionais ou em face da instituição a que o mesmo estiver vinculado.”

Dentre as inúmeras medidas preventivas apontadas pelo autor supracitado, aduz que o correto registro no prontuário do paciente, o aprimoramento da relação com os assistidos, com seus familiares e a busca por estreitar as relações com os outros profissionais, podem contribuir para mitigar ocorrências das demandas judiciais.

Com o objetivo de evitar lides, o oficial médico deve atuar no exercício de sua profissão seguindo algumas condutas, a saber:

Relação médico-paciente: é nítida a impressão de que uma boa relação médico-paciente evita que esse profissional seja demandado na Justiça. Fomentar uma boa relação médico-paciente não significa realizar todas as vontades de seu paciente, mas sim tratar com respeito, ética, dignidade, humanidade e atenção.

1. Registro no prontuário: como já discutido anteriormente, o registro no prontuário é de suma importância, tanto para o paciente, que terá os fatos relacionados à sua saúde documentados corretamente para auxiliar na prevenção, tratamento ou reabilitação de sua saúde, quanto para o próprio médico e instituições como peças importantes de defesa em caso de ações de erro médico.
2. Informação: também já foi abordado e demonstra a necessidade de expor de forma clara, acessível e transparente todas as ações, possibilidades, meios e consequências relacionadas ao processo de saúde-doença.
3. Forma de atuação: o oficial médico deve sempre agir pautado na ética,

respeitando as normas militares e legislações vigentes, com o intuito de garantir ao paciente um atendimento com dignidade.

4. Atualização: com o avanço dos meios e técnicas de procedimento, diagnóstico e tratamento, o oficial médico tem o dever de se manter atualizado exercendo sua profissão de forma correta e empregando todos os meios disponíveis e necessários na prestação da assistência médica.
5. Conhecimento jurídico: conhecer as normas e legislações é importante para que o oficial médico atue, não só alinhado à ética, mas também respeite os conceitos jurídicos, uma vez que nem sempre o que é ético é legal e vice-versa.

Embora gere custos, a prática de solicitar exames complementares como forma de fazer um diagnóstico seguro é uma outra prática defensiva recomendada. Importante considerar, também, os riscos de danos decorrentes do próprio exame.

O erro médico derivado de um diagnóstico equivocado, embora defensável sob o prisma de erro escusável, pode acarretar a responsabilização do profissional. Assim, cabe fazer uma recomendação de que, não se abuse do chamado “olho clínico”, de tal sorte que, na eventualidade de dúvidas quanto ao mal que acomete o paciente, seja determinado a realização de exames complementares como forma de realizar-se um diagnóstico seguro. (Melo, 2014, p. 124.)

Portanto, cabe ao oficial médico equalizar o risco x benefício da prática médica com a atuação dentro das normas jurídicas.

10.2 A Cultura da Segurança do Paciente

A segurança do paciente é um conceito novo que tem como meta reduzir a um mínimo aceitável os casos de eventos adversos que possam ensejar riscos desnecessários de danos ao paciente. Além de ser um medidor de qualidade na assistência médico-hospitalar, esse pressuposto é também uma medida de segurança para os profissionais da saúde e instituições prestadoras de assistência hospitalar. (ANVISA, 2016)

A cultura de segurança do paciente, incentivada pelo Programa Nacional de segurança do Paciente(PNSP), é um programa interdisciplinar voltado para a promoção e apoio à implantação de iniciativas desenvolvidas para a segurança do assistido. Tem como medidas primordiais, a criação de Núcleos de Segurança do Paciente- obrigatórios nas instituições prestadoras de assistência à saúde-, os quais são uma instância promotora de prevenção, controle e mitigação de eventos adversos; e a elaboração de um plano de segurança do paciente, que é um documento que aponta as situações de possibilidade de danos ao paciente e descreve estratégias para a gestão desses riscos. (BRASIL, 2017)

O evento adverso pode ser entendido como a situação geradora de risco, o

fomentador de uma relação mais complexa, podendo, inclusive, causar dano ao paciente. Serve como alerta para a prevenção de episódios danosos ao paciente. Dentro do conceito de eventos possíveis na segurança do paciente, temos algumas definições importantes:

- 1- Erro: é a falha em executar um plano de ação conforme pretendido ou aplicação de um plano incorreto. Erros são, por definição, não-intencionais.
- 2- Acidente: é um fato decorrente da soma de condições latentes mais erros ativos.
- 3- Violações: são ações intencionais, embora raramente maliciosas, e podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos.
- 4- Violações de Rotina: ocorrem na execução de tarefas diárias na maioria dos ambientes de trabalho com a finalidade de levar a cabo uma determinada tarefa proposta. Como exemplo, as improvisações.
- 5- Circunstância Notificável: é uma situação ou um fator que possui potencial de risco e que pode influenciar um evento, agente ou pessoa.
- 6- Incidente: é um evento ou uma circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Podem ser oriundos de atos não-intencionais ou intencionais.
- 7- “Near Miss”: é o incidente que não atingiu o paciente. O erro foi detectado antes de gerar um risco de dano ao paciente.
- 8- Incidente sem Dano : incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível. O erro ocorreu, mas não houve dano perceptível.
- 9- Incidente com Dano: incidente que resulta em dano ao paciente. Neste fato, o erro ensejou prejuízo ao paciente, podendo esse dano ser classificado com evento sentinela.
- 10- Evento Sentinela: É a ocorrência inesperada de um fato que implique em morte ou perda grave e permanente da função. Em outras palavras: é a classificação de um incidente com dano grave. (BRASIL, 2017)

A implantação desta cultura tem por objetivo minimizar ao máximo os casos de eventos danosos ou potencialmente danosos, gerando, assim, dever de indenizar pelo médico e/ou instituições ao qual estiver subordinado. Para a prevenção desses eventos, são necessárias a notificação e a análise desses fatos para melhorar as condições do indivíduo, da tarefa a ser cumprida, da equipe, do local de trabalho e da organização. Quanto mais barreiras houver, menores são os riscos gerados. Cabe lembrar que o objetivo da notificação não é apontar culpados, mas sim aprender com os erros, ou quase

erro, a fim de que novos fatos como o ocorrido, possam ser evitados.

Outro ponto importante é a assimilação deste tema pelos profissionais de saúde, assim como conhecer e cumprir os protocolos e fluxogramas criados para ajudar a mitigar a ocorrência desses incidentes. Não se pode deixar de ressaltar, novamente que a segurança do paciente, também é a segurança do profissional e da instituição.

10.2.1 A Importância dos Protocolos na Segurança do Paciente

A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), deva ser elaborado e implantado. Entre os diversos protocolos, inclusive aqueles elaborados pela própria instituição, o PNSP incentiva a adoção das 6 medidas fundamentais na segurança do paciente, a saber:

- 1 – Identificar corretamente o paciente.
- 2 – Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde.
- 3 – Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4 – Assegurar cirurgia em local de intervenção procedimento e paciente corretos.
- 5 – Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6 – Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão. (ANVISA, 2016)

Os dois principais motivos pelos quais a OMS elegeu esses protocolos são o pequeno custo de investimento necessário à implantação e a quantidade de erros e eventos adversos em consequência à falta deles. No Brasil, existem poucos estudos sobre segurança do paciente, infelizmente. Com isso, os dados apontados pela OMS/WHO vieram de países desenvolvidos e, deverão, portanto, ser adaptados à realidade brasileira. Os protocolos são instrumentos elaborados para a construção de uma prática assistencial segura e são parte obrigatória dos planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, a que se refere à RDC nº36, 2013 da Anvisa. (ANVISA, 2017)

A Diretoria de Saúde da Marinha do Brasil, sempre atenta às mudanças ocorridas na sociedade, não deixou esse tema de fora e adotou o PNSP em suas instituições assistenciais. Além disso, tem promovido a discussão desse assunto pelos profissionais civis e militares que atuam nesses locais, investido cada vez mais no aprimoramento técnico-científico, treinamento em protocolos gerenciados, e na capacitação de seus oficiais médicos e todos os outros profissionais envolvidos na cadeia de cuidado do paciente.

10.3 Consequências Ética, Administrativa e Civil

Caso o médico atue com culpa (imperícia, imprudência e negligência), poderá, mediante denúncia, ser julgado, no campo ético, administrativo, civil e até penal.

No campo ético, os Conselhos Regionais, caso seja verificado algum desvio de conduta por meio de denúncia, podem instaurar uma sindicância, que poderá ser arquivada ou julgada, conforme ilustrado no gráfico 1 que demonstra os números de denúncias que deram entrada no Conselho e de sindicâncias e suas consequências.

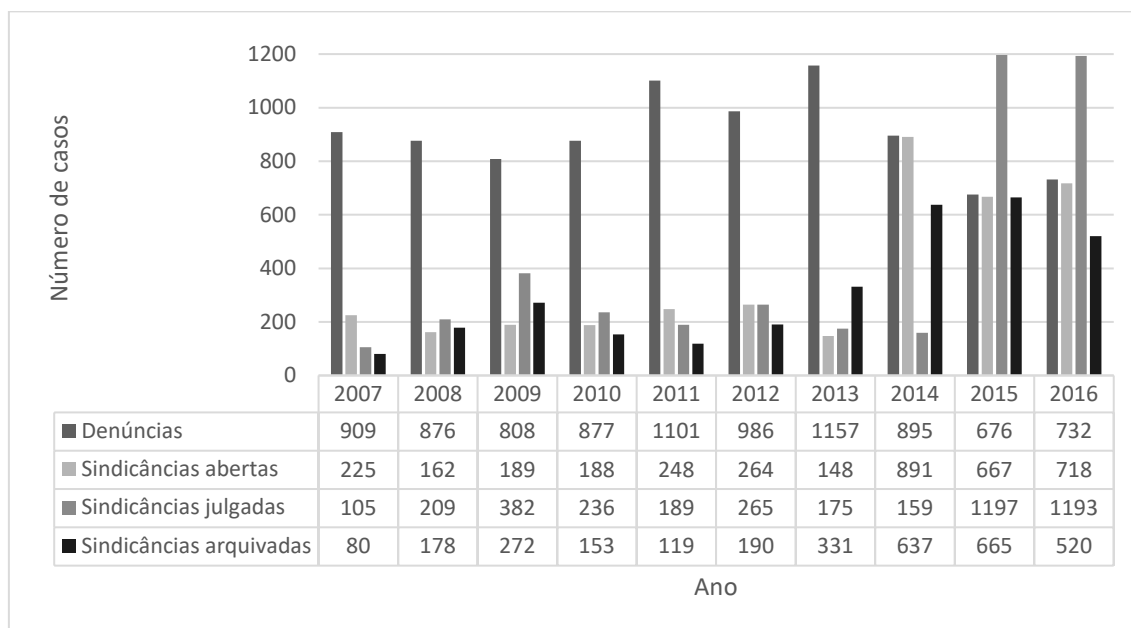


Gráfico 1: Número de Denúncias e Sindicâncias no CREMERJ nos últimos 10 anos. Fonte: CREMERJ 2017

Havendo desvio, instaura-se um processo ético-profissional no qual o médico poderá ser condenado ou absolvido. O Gráfico 2 avalia os números de Processos Ético-Profissionais instaurados e suas consequências para o médico.

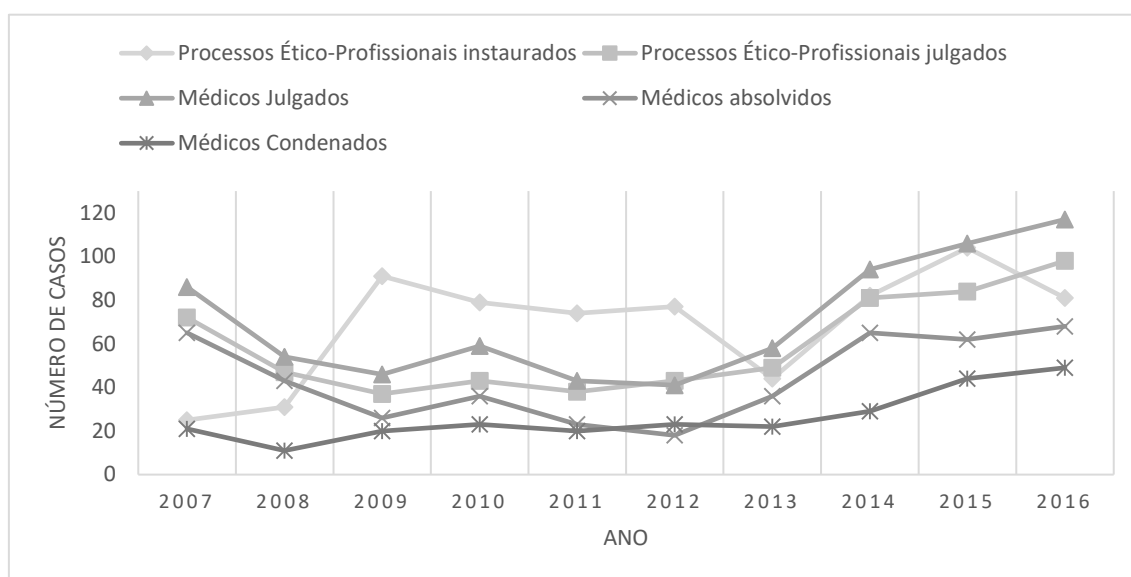


Gráfico 2: Número de processos no Cremerj nos últimos 10 anos. Fonte: CREMERJ 2017

Caso o médico seja condenado, existem 5 tipos de penas: advertência confidencial

em aviso reservado; censura confidencial em aviso reservado; censura pública em publicação oficial; suspensão do exercício profissional até 30(trinta) dias; cassação do exercício profissional, *ad referendum* do Conselho Federal. Conforme ilustrado no Gráfico 3, que ilustra a proporção das penalidades aplicadas pelo CREMERJ nos últimos 10 anos. (CREMERJ 2017)



Gráfico 3: Penalidades aplicadas pelo CREMERJ nos últimos 10 anos. Fonte: CREMERJ 2017

No campo Administrativo militar, baseando-se na Marinha do Brasil, a habilitação no exercício profissional da Medicina é um pré-requisito para a carreira. Antes de completar cinco anos da nomeação ao Oficialato, os Oficiais serão avaliados pela Comissão de Promoções de Oficiais (CPO), visando à sua permanência em caráter definitivo na Marinha do Brasil. Caso o médico seja condenado em alguma ação no Conselho de Classe, na vara civil ou até penal, poderá o comando entender que o oficial médico não faz jus aos preceitos da ética e pundonor militar. Os que não obtiverem avaliação favorável na CPO serão licenciados “ex officio” do Serviço Ativo da Marinha do Brasil. Já a perda de posto e patente deve ser observada de acordo com as normas e legislações militares vigentes.

No campo civil, poderá o profissional ser responsabilizado pelo dano, gerando o dever de indenizar, fato discutido nos capítulos anteriores.

11. CONCLUSÃO

A Judicialização da saúde é um fenômeno mundial que também atinge o Brasil. A relação médico-paciente e instituições mudou radicalmente com o advento do Código de Defesa do Consumidor, aliado à Constituição Federal e, mais recentemente, ao novo Código Civil. A responsabilidade civil dos médicos ganhou destaque nesse contexto de judicialização.

As mudanças no cenário político, econômico e social trouxeram importantes transformações para a sociedade. Algumas positivas, como o maior acesso à Justiça e à informação, outras não. Infelizmente, este fenômeno também traz efeitos negativos para profissionais e as instituições assistenciais, o que ajuda a agravar a crise vivenciada na saúde, com a saída de profissionais da assistência pública por medo de ser responsabilizado por atuar, muitas vezes, em condições adversas. Junta-se a este fato, o crescimento alarmante de escolas de medicina sem as mínimas condições de ensino, inserindo no mercado médicos com currículos deficientes, o Paternalismo Estatal e o ‘vitimismo’ da sociedade, que não assume sua parte na responsabilidade pela própria saúde, associados à “indústria da indenização” alimentada pela mídia inescrupulosa e advogados desejosos de auferir lucros vultosos.

Com o crescimento do Direito Médico, a balança tenderá ao equilíbrio, pois já está mais do que pacificado que a responsabilidade civil do médico é subjetiva. As normas, leis e jurisprudências citadas ao longo do trabalho corroboram com essa tese. O Oficial Médico no exercício de sua profissão encontra-se sujeito, além da responsabilização ética, civil e penal, também à responsabilidade no âmbito militar, com a possibilidade de, em decorrência das consequências de um ato, ter o resultado de uma esfera influenciando em outra. No caso das instituições de assistência médico-hospitalar das Forças Armadas, sua responsabilidade, à semelhança das entidades públicas, é objetiva baseada na teoria do risco.

O Oficial Médico encontra nas instituições militares guardada para o exercício profissional baseado na ética, respeito à dignidade e aos direitos humanos do paciente. As Forças Armadas têm investido cada vez mais no desenvolvimento e na atualização e de seus oficiais médicos, garantindo equipamentos de ponta para a assistência e treinamento, incentivando a troca de experiências e tutoria aos recém-ingressos pelos oficiais mais experientes, assim como adoção de medidas para a segurança do paciente, profissionais e instituições militares.

Observa-se, portanto, que responsabilidade civil do médico está causando um efeito transformador na sociedade, sendo necessário, no entanto, que os oficiais médicos no exercício de sua função adotem medidas de prevenção de erros e eventos adversos, atuem pautados na ética e nos preceitos militares, a fim de evitar demanda judicial para si e para a Força Armada à qual estão vinculados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR JR., Ruy Rosado de. **Responsabilidade Civil do Médico**. Brasília, UniCEUB, 2000, p. 171-175, In Revista Universitas/Jus n. 5.

AGUIAR JUNIOR, Ruy Rosado de (organizador). **IV Jornada de Direito Civil**. 2º volume. Brasília: Conselho da Justiça Federal, 2007.

ALMEIDA, José Carlos da Silva. **Assistência Médico-Hospitalar das Forças Armadas**. Artigo publicado no site jus.com.br. 2017 disponível em: https://jus.com.br/artigos/56001/assistencia-medico-hospitalar-nas-forcas-armadas#_edn7 Acessado em: 18/02/2018

ALVIM, Agostinho. **Da inexecução das obrigações e suas consequências**, p 330 e ss.

ARÊAS, Edmar da Cruz. **Responsabilidade civil do médico militar e repercussão nas forças armadas**. 2012. 62 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Departamento de Estudos da Escola Superior de Guerra como requisito à obtenção do diploma do Curso de Altos Estudos de Política e Estratégia. 2012.

BAISEREDO, André Moreira. **Slide de Aula Responsabilidade civil: conceito e evolução histórica**. Curso de pós-graduação em Direito Médico UERJ. Rio de Janeiro. Apresentação. 2016.

BARREIROS, Daniel - **A filogenia da Guerra Uma hipótese evolucionária sobre as origens do conflito intersocietário na linhagem do homem (52 – 6 Ma)**. Rio de Janeiro. Ed UFRJ. 2017

BRASIL, Diretoria de Saúde do Exército. **Histórico**. Disponível em <http://www.dsau.eb.mil.br/index.php/institucional1/historico>. Acessado em 20/02/2018.

BRASIL. Diretoria de Saúde da Aeronáutica. **Unidades**. Disponível em: <http://www2.fab.mil.br/dirsas/index.php/unidades>. Acessado em: 20/02/2018

BRASIL. 15ª Vara Federal do Rio de Janeiro (00412883620124025101). **ERRO MÉDICO. NÃO COMPROVAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE DANO. ÔNUS DA PROVA**. Disponível em <. [http://www10.trf2.jus.br/consultas/?q=erro + medico +hospital+militar&site=v2_jurisprudencia&client=v2_index&proxystylesheet=v2_index&filter=0&getfields=*&lr=lang_pt&oe=UTF8&ie=UTF8&output=xml_no_dtd&sort=date%3AD%3AS%3Ad1&entsp=1&adv=1&base=JP-TRF&wc=200&wc_mc=0&ud=1](http://www10.trf2.jus.br/consultas/?q=erro+medico+hospital+militar&site=v2_jurisprudencia&client=v2_index&proxystylesheet=v2_index&filter=0&getfields=*&lr=lang_pt&oe=UTF8&ie=UTF8&output=xml_no_dtd&sort=date%3AD%3AS%3Ad1&entsp=1&adv=1&base=JP-TRF&wc=200&wc_mc=0&ud=1). Acesso em 17/02/2018.

BRASIL. Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. **Assistencia Segura: Uma Reflexao Teorica Aplicada a Pratica**. Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. Brasilia: Anvisa, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Lei nº 3268, de 30 de setembro de 1957.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L3268.htm> acessado em 17/02/2018.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Registro como médico exclusivo Militar.** Disponível em: http://www.crmdf.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21050&Itemid=485 > Acesso em 17/02/2018.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1059/81.** Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_resolucoes&Itemid=36> acessado em 17/02/2018.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1235/87.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L3268.htm> acessado em 17/02/2018.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1235/87.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L3268.htm> acessado em 17/02/2018.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.** Brasília, 1988. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> acessado em 09/11/2017.

BRASIL. **DECRETO Nº 92.512, DE 2 DE ABRIL DE 1986.** Estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, e dá outras providências. Brasília, 1986. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d92512.htm> acessado em 05/12/2017.

BRASIL. **DECRETO-LEI Nº 1.001, DE 21 DE OUTUBRO DE 1969.** Código Penal Militar. Brasília, 1969. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del1001.htm> acessado em 09/11/2017

BRASIL. **DECRETO-LEI Nº 1.002, DE 21 DE OUTUBRO DE 1969.** Código de Processo Penal Militar. Brasília, 1969. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del1002.htm> acessado em 09/11/2017

BRASIL. **DECRETO-LEI Nº 3.689, DE 3 DE OUTUBRO DE 1941.** Código de Processo Penal. Brasília, 1941. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm> acessado em 09/11/2017

BRASIL. **DECRETO-LEI Nº 92.512 DE 02 DE ABRIL DE 1986.** Estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, e dá outras providências. Brasília, 1969. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d92512.htm > acessado em 05/12/2017.

BRASIL. **DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940.** Código Penal. Brasília, 1940. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm> acessado em 09/11/2017.

BRASIL. FORÇA AÉREA BRASILEIRA. **NSCA 160-5 Normas para prestação da assistência médico-hospitalar no sistema de saúde da aeronáutica.** 2017

BRASIL. **Jurisprudência.** Tribunal Regional Federal – 4ª região. Remessa Necessária civil 50020756320154047109 RS 5002075-63.2015.404.7109 (TRF-4). Data de publicação: 27/09/2016).

BRASIL. **Jurisprudência.** (TJ-MT - APL: 00023464120058110009 766/2011, Relator: DES. JOSÉ FERREIRA LEITE, Data de Julgamento: 06/04/2011, SEXTA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 13/04/2011)

BRASIL. **Lei 12.336 de 26 e outubro de 2010.** Altera as Leis nº 4.375, de 17 de agosto de 1964, que dispõe sobre o serviço militar, e nº 5.292, de 8 de junho de 1967, que dispõe sobre a prestação do serviço militar pelos estudantes de Medicina, Farmácia, Odontologia e Veterinária e pelos médicos, farmacêuticos, dentistas e veterinários. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112336.htm> acessado em 16/10/2017.

BRASIL. **Lei 5.292 de 08 de junho de 1967.** Dispõe sobre a prestação do Serviço Militar pelos estudantes de Medicina, Farmácia, Odontologia e Veterinária e pelos Médicos, Farmacêuticos, Dentistas e Veterinários em decorrência de dispositivos da Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L5292.htm > acessado em 16/10/2017.

BRASIL. **Lei 8.906, de 4 de julho de 1994,** Dispõe sobre o Estatuto da Advocacia e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8906.htm> acessado em 17/02/2018.

BRASIL. **LEI nº 13.105, DE 16 DE MARÇO DE 2015..** Código de Processo Civil. Brasília, 2015. Disponível em < > acessado em 09/11/2017.

BRASIL. **Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964.** Lei do Serviço Militar. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L4375.htm > acessado em 16/10/2017.

BRASIL. **Lei nº 6.681, de 16 de agosto de 1979.** Dispõe sobre a inscrição de médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos militares em Conselhos Regionais de Medicina, Odontologia e Farmácia, e dá outras providências. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6681.htm > acessado em 05/01/2018.

BRASIL. **LEI nº 6.880, DE 9 DE DEZEMBRO DE 1980.** Estatuto dos Militares. Brasília, 1980. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6880.htm > acessado em 16/10/2017.

BRASIL. **Lei nº 6681, de 16 de Agosto de 1979.** Dispõe sobre a inscrição de médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos militares em Conselhos Regionais de Medicina, Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6681.htm > acessado em 05/01/2018.

BRASIL. **LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990.** Código de Defesa do Consumidor. Brasília, 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm> acessado em 09/11/2017.

BRASIL. **LEI Nº 8.457, DE 4 DE SETEMBRO DE 1992.** Justiça Militar da União. Brasília, 1992. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8457.htm> acessado em 05/12/2017.

BRASIL. **Lei nº 8.906 de 04 de julho de 2018** Dispõe sobre o Estatuto da Advocacia e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB).Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8906.htm> acessado em 17/02/2018.

BRASIL. **LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002.** Código Civil. Brasília, 2002. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/2002/L10406.htm> acessado em 09/11/2017.

BRASIL, Marinha do. **Gestão em Saúde da Marinha.** AULAS PROFERIDAS NA ESCOLA DE SAÚDE DO HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS. De 24/07/2017 a 01/09/2017, Rio de Janeiro. Escola de Saúde. 2017. Notas de aula.

BRASIL, Marinha do. **Edital Concurso de Seleção de Médicos para o Corpo de Saúde da Marinha – CSM (Md) 2016.** Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/ensino/sites/www.marinha.mil.br.ensino/files/arquivo/editais_anteriores/CP-CSM-2016-MD-edital-retificacao_0.pdf> Acessado em: 24/11/2017

BRASIL. **Medida-Provisória (MP) 2215-10 de 31 de agosto de 2001.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2215-10.htm> Acessado em: 19/02/2018

BRASIL. Ministério da Defesa – **Medicina Operativa.** 2017. Disponível em: <<http://www.defesa.gov.br/index.php/noticias/16340-ministerio-da-defesa-investe-em-medicina-operativa>> Acessado em: 24/11/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Portaria do Comandante do Exército Nº 52/01.** Boletim do Exército Nº 07, de 16 de fevereiro de 2001. Disponível em <www.sgex.eb.mil.br/sistemas/be/copiar.php?Codarquivo=381&act=bre> Acessado em 17/02/2018.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 529/2013** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acessado em 15/20/2018

BRASIL. **Portaria nº 52, de 06 de Fevereiro de 2001** Disponível em <<http://www.sgex.eb.mil.br/sistemas/be/copiar.php?codarquivo=381&act=bre>> Acessado em: 19/02/2018

BRASIL. **Processo: 2002.51.01.016843-1. TRF-2.** APELREEX - APELAÇÃO/ REEXAME NECESSÁRIO: SEXTA TURMA ESPECIALIZADA Data Decisão: 05/07/2010 Documento: TRF-200235259

BRASIL. **Programa 0637 – Serviço de Saúde das Forças Armadas** Disponível em < http://www.hfa.mil.br/images/PDF/Detalhamento%20do%20Programa%200637%20_3_.pdf> Acessado em: 10/20/2018

BRASIL. **RE nº363423/SP** Disponível em: < <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=515169> > Acessado em: 15/02/218

BRASIL. **RECURSO ESPECIAL N. 259.340 - DISTRITO FEDERAL** Disponível em < <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/453956438/recurso-especial-resp-1569751-df-2015-0302321-2>> Acessado em: 09/02/2018

BRASIL. **RESOLUÇÃO CFM nº 1059/81** Disponível em: < <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/3179376/pg-17-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-28-01-1987>> Acessado em: 09/02/2018

BRASIL. **RESOLUÇÃO CFM ° 1.638/2002** (Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5) Disponnível em < http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm> Acessado em: 15/02/2015

BRASIL. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821/07** (Publicada no D.O.U. de 23 nov. 2007, Seção I, pg. 252) Disponível em < http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.pdf> Acessado em: 02/09/2018

BRASIL. Senado Federal. **Debatedores divergem sobre exame de proficiência na medicina.** 2013. Disponível em: <<https://senado.jusbrasil.com.br/noticias/100169684/debatedores-divergem-sobre-exame-de-proficiencia-na-medicina>>. Acesso em: 07/02/2018.

BRASIL, Superior Tribunal de Justiça. **Documento: IT43459 - Inteiro Teor do Acórdão Recurso Especial – 259340.** Disponível em: http://www.stj.jus.br/webstj/Processo/Justica/pagina_lista.asp acessado em 19/02/2018.

CARVALHO, José Carlos Maldonado de. **Iatrogenia e Erro Médico sob o enfoque da Responsabilidade Civil.** 3ª edição. *Lumen Juris* Editora. Rio de Janeiro. 2009.

CARVALHO, Patrícia Maria de. **Responsabilidade civil médica: obrigação de meio, sem exceções.** Monografia. São Paulo. 2012.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **A Responsabilidade Civil Objetiva e Subjetiva do Estado.** R. EMERJ, Rio de Janeiro, v. 14, n. 55, p. 10-20, jul.-set. 2011.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de Responsabilidade Civil.** 10ªEd. São Paulo. Ed Atlas. 2012.

CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de Responsabilidade Civil.** 5º. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de Responsabilidade Civil.** 6º. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de Responsabilidade Civil**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO. **Código de Ética Médica e Legislação dos Conselhos de Medicina** / Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. 7. Ed. Rio de Janeiro, 2014.

CORREA, Univaldo - **A Justiça Militar e a Constituição de 1988 - Uma Visão Crítica, 1991. 517p**. Dissertação de Mestrado. Obtenção do grau de Mestrado em Direito. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 1991.

COUTO FILHO, Antônio Ferreira. **Responsabilidade Civil Médica e Hospitalar**. Ed. Del Rey. Belo Horizonte, 2001.

CREMERJ. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. **Dados estatísticos**. [mensagem pessoal] Mensagem recebida por e-mail em 16/11/2107. Rio de Janeiro. 2017.

CREMESP. **Em debate o exame de habilitação profissional na medicina**. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=783:&catid=3>. Acesso em: 07 fev. 2018.

DANTAS, Eduardo Vasconcelos dos Santos. **Aspectos históricos da responsabilidade civil médica**. Jus Navigandi, Teresina, ano 8, n. 107, 18 out. 2003.

DANTAS, Eduardo Vasconcelos dos Santos. **Direito Médico**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. GZ, 2014.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro**. Volume II – . 2. Teoria geral das obrigações. 18ª ed .Ed.,Saraiva. São Paulo 2002.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro**. Volume 1. Teoria Geral do Direito Civil 29ªEd. São Paulo. Ed Saraiva. 2012

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro**. Volume VII – Responsabilidade civil. 29ª ed., São Paulo: Saraiva, 2015.

DRUMOND, José Geraldo de Freitas. **A evolução histórica do Direito Médico**. In: Lana RL, Figueiredo AM, coords. Temas de Direito Médico. Rio de Janeiro: Espaço Jurídico; 2004,

DRUMOND, José Geraldo de Freitas. **O “Ethos” médico: A velha e a nova moral médica**. 2ª ed. Montes Claros: Unimontes, 2012.

FIGUEIREDO, Antônio Macena; Freire, H.; Lana, RL. **Profissões da saúde: bases éticas e legais**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

FIGUEIREDO, Antonio Macena de & Lana, Roberto Lauro (coordenadores). **Direito Médico: Implicações Éticas e jurídicas na Prática Médica**.1ª Ed. Rio de Janeiro. Ed Lumen Juris, 2009.

FIGUEIREDO, Antônio Macena. **Perito judicial. Aspectos jurídicos. Responsabilidade Civil e Criminal do perito Judicial.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

FIGUEIREDO, Antônio Macena; SOUZA, Soraia Riva Goudinho. **Como elaborar projetos, monografias, dissertações e teses: da redação científica à apresentação do texto final.** 4º ed. Rio de Janeiro : Lumen Juris, 2011.

FIGUEIREDO, Antônio Macena; SOUZA, Soraia Riva Goudinho. **Como elaborar projetos, monografias, dissertações e teses: da redação científica à apresentação do texto final.** 5º ed. Rio de Janeiro : Lumen Juris, 2017.

FRANÇA, Genival Veloso de; GOMES, Júlio César Meirelles . Erro Médico. Disponível em http://www.portalm medico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/ parteiverromedico.htm 1998 Acessado em 21/02/2018

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico.** 13ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 2016.

FRANÇA, Genival Veloso. **Medicina Legal.** 12º ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2017.

GOTTSCHALL, Carlos Antônio Mascia. **Medicina hipocrática: antes, durante e depois.** 1ª Ed – Porto Alegre. Ed Stampa. 2007.

Informativo nº 0418 - Período: 30 de novembro a 4 de dezembro de 2009. - Terceira Turma Disponível em < <https://ww2.stj.jus.br/jurisprudencia/externo/informativo/?acao=pesquisar&livre=@cod=0418>> Acessado em: 20/02/2018

Informativo nº 0438 - Período: 7 a 11 de junho de 2010. – Terceira Turma Disponível em < <http://www.conteudojuridico.com.br/informativo-tribunal,informativo-438-do-stj-2010,27231.html>> Acessado em09/02/2018

KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes.** Tradução de Paulo Quintela. 1ªEd. Ed Edições 70 Lisboa/Portugal, 2007.

KFOURI NETO, Miguel. **A responsabilidade civil médico-hospitalar, o código de defesa do consumidor e o novo código civil,** São Paulo: Ed. RT, 2015.

KFOURI NETO, Miguel. **Culpa Médica e ônus da Prova.** São Paulo: Ed. RT, 2002.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade Civil do Médico,** 8ª ed. São Paulo: Ed. RT, 2013.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade Civil do Médico.** Ed. Revista dos Tribunais, 4ª ed. São Paulo, 2001. p.38

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade Civil dos Hospitais,** São Paulo: Ed. RT, 2010.

LOBO, Hermano Augusto. **Monografia A Gestão Integrada da Atividade de Saúde nas Forças Armadas**. 2009 ESG.

MARINHA DO BRASIL. **DGPM 401** – Normas para assistência médico-hospitalar. 3ª Revisão. 2012.

MARINHA DO BRASIL. **DGPM 406** – Normas reguladoras para inspeção de saúde. 6ª Revisão. 2014.

MELO, Nehemias Domingos de. **Responsabilidade Civil por Erro Médico – Doutrina e Jurisprudência**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NADER, Paulo. **Introdução ao Estudo do Direito**. 36ª ed. Rio de Janeiro: Forense Editora, 2014.

PEREIRA, Jorge Luiz Barbosa. **Responsabilidade Penal do Militares da Saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2011.

PINHEIRO, Jacy Guimarães. **Disciplina e coragem do "militaris romanus"**. Revista do Superior Tribunal Militar, Brasília, v. 9, n. 11/12, p. 61, 1986/1987

CORRÊA, Univaldo. 1991 APUD. SANTIAGO, Ruy. **Guia para a instrução militar**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1938. 7. ed. Rio de Janeiro.

SOUZA, Henrique Freire de Oliveira. **Responsabilidade Civil: O que os médicos precisam minimamente saber**. 1ª Ed. Rio de Janeiro. Ed. Espaço Jurídico, 2017.

SOUZA, Neri Tadeu Câmara. **Responsabilidade Civil e Penal do Médico**. 2ª edição. Campinas/SP: Servanda Editora, 2006.

SOUZA, Néri Tadeu Camara. **Responsabilidade civil no erro médico**. Disponível em <<http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/9158-9157-1-PB.pdf>> Acessado em 20/02/2018

STORTE, Fernando. **Unificação e padronização do serviço de saúde nas forças armadas: uma proposta**. 2011. 41f. Monografia (Curso de Altos Estudos de Política e Estratégia) - Departamento de Estudos da Escola Superior de Guerra como requisito à obtenção do diploma do Curso de Altos Estudos de Política e Estratégia. 2011.