

As bases legais da prática médica atual

The legal bases of the current practiced medicine

Leandro Ricardo de Aquino Santos¹, Gabriela Ricardo de Aquino Santos², Carolina Bahia Rezende³, Paula Avelar Alves Belém⁴

RESUMO

No campo médico, o exercício da profissão deve ser norteado pelo conhecimento dos princípios éticos e pela responsabilidade perante a Justiça, devido aos riscos que comporta. Para Zampieri Junior e Moreira, a Medicina é a profissão mais regulamentada do mundo e o seu exercício é um dos mais perigosos do ponto de vista legal. Não fosse o bastante, a compreensão atual sobre a prática médica sofre influência do funcionamento da saúde pública, de planos de saúde e da mídia, que contribuem para a instituição do erro médico e para a obrigatoriedade de resultado, culminando em processos de criminalização do ato médico e no desgaste da relação médico-paciente. Com base nisso, revisamos a literatura e os diversos códigos legislativos brasileiros, em suas versões mais recentes, com o intuito de mencionar as principais leis brasileiras que regem a prática médica e tecer comentários a seu respeito, de modo a promover uma atualização dos médicos sobre a legislação de sua profissão, tendo por princípio a valorização da sagrada relação médico-paciente.

Palavras-chave: Legislação médica; Medicina legal; Erros médicos; Relações médico-paciente.

ABSTRACT

In the medical field, the practice of the profession must be guided by knowledge of the ethical principles and by responsibility before Justice, because of the inherent risks. For Zampieri Junior and Moreira, the Medicine is the world's most regulated profession and its practice is one of the most dangerous from a legal point of view. If that weren't enough, the current comprehension about medical practice undergoes influence of the public health operation, of the insurance companies and of the media. They contribute for the institution of the medical error and for result's obligation, culminating in criminalisation of the medical act and in wearing out of the physician-patient relation. On this basis, we review the literature and lots of Brazilian legislative codes, in their most recent versions, with the aims of mentioning the main Brazilian laws that rule the medical practice and of commenting about them, in such a way to promote physician's actualization about their profession legislation, having, for principle, the valorization of the sacred physician-patient relation.

Keywords: Legislation, medical; Forensic medicine; Medical errors; Physician-patient relations.

¹ Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte, MG - Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Faculdade de Medicina, Curso de Medicina. Belo Horizonte, MG - Brasil.

³ UFJF, Faculdade de Medicina. Juiz de Fora, MG - Brasil.

⁴ UFMG, Faculdade de Direito, Curso de Direito. Belo Horizonte, MG - Brasil.

Instituição:

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Belo Horizonte, MG - Brasil.

* Autor Correspondente:

Leandro Ricardo de Aquino Santos
E-mail: leandroras@yahoo.com.br

Recebido em: 23/01/2015.

Aprovado em: 26/01/2016.

INTRODUÇÃO

No campo médico, o exercício da profissão deve ser norteado pelo conhecimento dos princípios éticos e pela responsabilidade perante a Justiça, devido aos riscos que comporta. Para Zampieri Junior e Moreira,¹ a Medicina é a profissão mais regulamentada do mundo e o seu exercício é um dos mais perigosos do ponto de vista legal.

Na legislação mais antiga que se conhece já havia regras que previam penas aos médicos em caso de erros. O Código de Hammurabi da Babilônia do séc. XVIII a.C. inaugurou conceitos legais que continuam se reconstruindo na atualidade.^{2,3} Há registros de penas rigorosas, como a amputação da mão do médico caso o paciente fosse a óbito ou perda da visão.⁴ Entretanto, a prática médica era dotada de uma aura de divindade, sobretudo na Grécia antiga. O paternalismo hipocrático era pautado no poder decisório particular do médico; segundo Platão, a esse profissional era permitido inclusive mentir. Nesse modelo assimétrico de relacionamento, a prática clínica era incompatível com a concessão de plena autonomia aos pacientes.⁵

No século XX, além do indiscutível progresso tecnológico, houve uma mudança de conceitos. O posicionamento primitivo da Medicina como sacerdócio foi substituído pela visão de uma ciência em contínua ascensão. A prática médica, outrora subjetiva, passa a ser guiada por elementos técnicos e, nesse sentido, a reparação por eventuais erros cometidos torna-se mais lógica. Desde essa época, por exemplo, médicos estadunidenses passaram a ser acionados judicialmente pela omissão de informações.^{5,6}

Além da concessão de maior autonomia aos pacientes, a busca da mediação entre a cultura científica e humanística tornou-se necessária. O histórico Relatório Belmont, por exemplo, foi elaborado pelo Congresso dos Estados Unidos após o famoso *Tuskegee Study* (1932-1972), ensaio clínico que consistiu na observação da progressão natural da sífilis em pacientes sem o uso de medicamentos, apesar de a penicilina já estar disponível na época. Fundamentado nos princípios da autonomia, beneficência e justiça, esse relatório constituiu a base moderna da bioética e deixou a relação saúde-paciente mais simétrica. Outra consequência foi a criação do termo de consentimento informado, um dos primeiros recursos da ética em pesquisa.⁵

Dessa forma, está bem estabelecido que o médico deve exercer suas atividades por meio de elevados preceitos éticos e técnicos. Entretanto, a promoção da saúde constitui responsabilidade social e não está restrita à atuação exclusiva do médico. Nesse contexto, a segurança social moderna visa a estender os cuidados médicos a toda a população, e não de garantir o direito à cura.² Apesar disso, a compreensão atual sobre a prática médica sofre influência do funcionamento da saúde pública, de planos de saúde e da mídia, que contribuem para a instituição do erro médico.⁴ Ao exercício da Medicina é atribuída a obrigação de resultado, culminando em processos de criminalização do ato médico e no desgaste da relação médico-paciente.

O objetivo desse artigo é mencionar as principais leis brasileiras que regem a prática médica e tecer comentários a seu respeito, de modo a promover uma atualização dos médicos sobre a legislação de sua profissão, tendo por princípio a valorização da sagrada relação médico-paciente. Para tal, foram pesquisados artigos sobre o assunto nas bases de dados da PubMed e da Biblioteca Virtual em Saúde, consultados o endereço eletrônico do Conselho Regional de

Medicina de Minas Gerais (CRM-MG) e os diversos códigos legislativos brasileiros, em suas versões mais recentes.

REVISÃO DA LITERATURA

Nos últimos anos, houve um aumento de ações contra erros médicos no Brasil.⁷ Segundo o constitucionalista Barroso *apud* Vasconcelos,⁸ o fenômeno da judicialização na relação médico-paciente tem causas múltiplas. A redemocratização do país enalteceu o sentimento de cidadania, o que motivou a população a exercer influência sobre o sistema e serviços de saúde. Paralelamente, a tecnologização da Medicina estimulou a reflexão ética e suas implicações na atividade científica. O modelo hipocrático paternalista foi assim superado, mediante enfoque na busca da reciprocidade na relação médico-paciente. Considerando as significativas diferenças sociais no Brasil, o acesso à Justiça pode ser interpretado como um meio de diminuir a vulnerabilidade da população e uma tentativa de restabelecer a comunicação efetiva com os profissionais de saúde. Dessa forma, apesar da judicialização dos dilemas entre médicos e pacientes constituir medida emergencial, sua prática está se tornando cada vez mais comum.⁸

Esse fenômeno trouxe consequências importantes para a prática médica, dentre elas o enaltecimento da *Medicina Defensiva*, caracterizada pelo uso excessivo de exames complementares, pela utilização de procedimentos terapêuticos supostamente mais seguros, pelo encaminhamento frequente de pacientes a especialistas e pela recusa ao atendimento de enfermos graves. Essa forma de atuação evidencia o contínuo receio do profissional a se tornar réu de um processo judiciário. Além de ineficiente em proteger o médico, essa prática onera o sistema de saúde e enfraquece a relação médico-paciente.⁹⁻¹¹

Como consequência, é conveniente que os médicos sejam dotados de conhecimento sobre os aspectos jurídicos e éticos relacionados às suas atividades. Prova disso é o fato da Antiga Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (Decreto Lei 4657/1942) citar, em seu artigo 3º, que “Ninguém se escusa de cumprir a lei, alegando que não a conhece” e o mesmo se suceder no artigo 21 do Código Penal: “O desconhecimento da lei é inescusável. O erro sobre a ilicitude do fato, se inevitável, evita a pena; se evitável, poderá diminuí-la de um sexto a um terço”.

No Brasil, o contrato estabelecido entre o profissional de saúde e o paciente é regulamentado por diversos documentos jurídicos e de classe: Códigos Civil, de Processo Civil, Penal e de Defesa do Consumidor, bem como o Código de Ética Médica e as Resoluções dos Conselhos de Medicina (Federal e Estaduais). Para o Direito, excetuando-se os casos de socorro médico de urgência em via pública ou atendimento pelo plantonista quando se procura um Pronto-Socorro, situações que o paciente está inconsciente ou lhe falte capacidade jurídica para se autodeterminar, a relação médico-paciente é contratual.

Seja a relação contratual ou extracontratual, o médico tem como obrigações de meios colocar à disposição todos os recursos disponíveis e possuir conhecimentos atualizados.^{2,4} Ressalta-se, entretanto, que o contrato médico não objetiva à cura ou à obrigação de resultado, mas sim à prestação de cuidados com perícia e ao zelo. Trata-se de um contrato que abrange uma obrigação de meio e não de resultado.^{1,12} Se o resultado esperado não for alcançado, mas inexistente

imprudência, negligência ou imperícia não haverá culpa. Entretanto, em algumas especialidades, como a Cirurgia Plástica, a jurisprudência dominante entende tratar-se de uma obrigação de resultado, tendo o médico responsabilidade civil caso o que tenha sido proposto não seja alcançado.^{2,4}

Muitas ações indenizatórias contra erros médicos poderiam ser evitadas se um simples preceito fosse seguido: o esclarecimento prévio em linguagem compreensível sobre a doença, a conduta e o tratamento adequados, além de possíveis complicações. Ao deter esse conhecimento, o paciente passa a ser capaz de concordar ou não com o prosseguimento da terapêutica, contemplando o princípio bioético da autonomia.⁴ Algumas situações estão isentas do uso do termo de consentimento, como nos casos de intervenção imediata para a tentativa de preservar a vida. Mesmo de posse dessas informações, o paciente ainda ocupa posição desfavorável na relação com médicos, por ser presumivelmente leigo. Paradoxalmente, o paciente é o melhor conhecedor de seus hábitos e de sua experiência da doença.^{7,8,13}

Quanto à responsabilidade médica, ela envolve as ações relativas às atividades profissionais e suas repercussões sobre a saúde do paciente, constituindo um importante pressuposto ético. A responsabilidade dos profissionais da saúde engloba três campos diferentes: reponsabilidade ética, civil e penal. Apesar de autônomas, essas esferas podem atuar de forma concomitante, de modo que um indivíduo que comete infração ética pode ser responsabilizado pela prática concomitante de infrações cíveis e penais.^{6,14}

Para Marques Filho e Hossne,¹⁵ sob a óptica da Bioética, a vulnerabilidade dos pacientes justifica a punição do médico e sua eventual exclusão da atividade profissional. Nesse contexto, o processo ético tem como objetivo doutrinar o profissional, sendo de competência exclusiva dos Conselhos de Medicina e de caráter sigiloso, conforme o artigo 37 do Código de Processo Ético-Profissional (resolução Conselho Federal de Medicina - CFM - n° 2023/2013): “O julgamento ocorrerá a portas fechadas, sendo permitida apenas a presença das partes e seus procuradores, integrantes da Assessoria Jurídica dos Conselhos de Medicina, corregedores e funcionários responsáveis pelo procedimento disciplinar nos Conselhos de Medicina, necessários para o bom funcionamento do Tribunal de Ética Médica até o encerramento da sessão.”

Apesar do CEM ser uma resolução do CFM (n° 1931/09) e não ter caráter legal, suas sanções estão previstas na Lei 3268/57 em seu artigo 22 e possuem, assim, força impositiva com caráter jurídico: “As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais aos seus membros são as seguintes: a) advertência confidencial em aviso reservado; b) censura confidencial em aviso reservado; c) censura pública em publicação oficial; d) suspensão do exercício profissional por até 30 dias; e) cassação do exercício profissional, *ad referendum* do Conselho Federal”.

Já o processo civil visa à reparação do dano, que pode ser patrimonial (material) ou extrapatrimonial (dano moral, por exemplo), podendo ser cumuláveis. Em caso de ocorrência de dano, o *nexo de causalidade* deve ser verificado. Além dos profissionais, as entidades privadas de assistência à saúde também são envolvidas nas ações indenizatórias.

O artigo 931, inciso III do CC fala que “São também responsáveis pela reparação civil: o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele”. Dessa forma,

o hospital responde solidariamente com os erros cometidos por médicos com vínculo empregatício, profissionais credenciados ou por membros do corpo clínico, ainda que não empregados.

De modo semelhante, os médicos são responsabilizados por erros cometidos por assistentes e auxiliares, devido à supervisão inadequada. Caso o médico-empregado seja réu único, é aceitável que a instituição hospitalar seja chamada ao processo: de acordo com o artigo 77, inciso III do CPC “É admissível o chamamento ao processo: de todos os devedores solidários, quando o credor exigir de um ou de algum deles, parcial ou totalmente, a dívida comum”. Os seguros-saúde, por sua vez, devem reembolsar apenas as despesas, sendo de responsabilidade do profissional a indenização, já que os segurados são livres na escolha de médicos e hospitais.^{2,4}

O atendimento público, por sua vez, segue os princípios do Direito Administrativo. Quanto ao assunto dispõe o artigo 37 § 6° da Constituição Federal (CF): “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, assegurando o direito de regresso contra o responsável no caso de dolo ou culpa”.

Daí derivam duas novas noções jurídicas: a da *responsabilidade objetiva* e a de *direito de regresso*. A primeira significa que, demonstrado o dano, independentemente de culpa ou não, caberia a indenização pelo ente público. Entretanto, atualmente haverá exclusão da responsabilidade do Estado nos casos fortuitos e de força maior e quando a culpa é exclusiva do paciente. Já o *direito de regresso* se refere ao ressarcimento do hospital pelo médico, desde que haja dolo ou culpa.²

Enquanto o processo civil objetiva a reparação do dano material ou moral, o processo penal tem como foco a proteção da sociedade. Distintamente do campo civil, são considerados ilícitos penais somente aqueles especificamente enumerados na lei, sobretudo no Código Penal (CP) e na Lei de Contravenções Penais. Isso é definido pelos artigos 5°, inciso XXXIX da CF e o 1° do CP que têm a mesma redação: “Não há crime sem lei anterior que o defina. Não há pena sem prévia cominação legal”.

De modo geral, o médico pode cometer crime doloso quando a ação era intencional ou assumiu-se o risco de produzi-la (exemplo: aborto por motivo não justificável), e culposo quando o agente produz o resultado devido a conduta negligente, imprudente ou imperita. De extrema importância no que se concerne ao exercício da Medicina são os § 4° do artigo 121 e o § 7° do artigo 129 do CP. Eles assinalam que a pena será aumentada de um terço se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, o que pode ser o caso de um erro médico. Outra diferença em relação à esfera civil constitui no fato de que os processos penais são aplicados somente contra a pessoa física, não cabendo punições ao hospital, seguro saúde ou instituição empregadora.²

Nos crimes materiais faz-se necessária a perícia, seja diretamente no corpo da vítima ou indiretamente através do prontuário médico, daí a grande importância do seu registro adequado. De acordo com o artigo 158 do CPP: “quando a infração deixar vestígios, será indispensável o exame de corpo de delito, direto ou indireto, não podendo supri-lo a confissão do acusado”. A perícia constitui ferramenta indispensável, de modo que sua ausência determina anulação do processo, conforme disposto no artigo 564, inciso III, alínea b do CPP: “A nulidade ocorrerá nos seguintes casos:

III - por falta das fórmulas ou dos seguintes termos: b) o exame de corpo de delito nos crimes que deixam vestígios, ressalvando o disposto no art. 167”.²

DISCUSSÃO

Em um cenário marcado pela crescente demanda indenizatória contra erros médicos, muitos profissionais atuam com apreensão. Deve-se ainda considerar a falibilidade própria da condição humana do médico, bem como as particularidades e desafios que a Medicina impõe.^{4,16} Certamente, a principal causa da atribuição do erro médico é a insatisfatória relação médico-paciente.^{4,17,18} Dentre outras causas, estão a inadequação da formação profissional, carga horária excessiva, estrutura inapropriada dos locais de atendimento, descontinuidade da atualização e falta de compromisso ético.⁴

No mundo, 3 a 16% dos pacientes hospitalizados sofrem injúria como resultado de intervenção médica, sendo a mais comum o efeito adverso de medicações. Entretanto, em geral, apenas um em cada sete efeitos adversos na Medicina resulta em ação judicial.¹¹ Em um estudo com 236 pacientes, aproximadamente 1 em cada 5 pacientes que tiveram dano realizou ação judicial. Similarmente, um estudo de Harvard revelou uma taxa de 1 para cada 7,6 pacientes, enquanto em outros estudos essa taxa foi de 2-3%. Todos os resultados sugerem que a minoria dos danos resulta em acusações.¹⁹⁻²²

Outro dado preocupante se refere à comunicação do erro médico aos pacientes. Na mesma pesquisa com 236 pacientes, apenas 9,3% das instituições médicas e 7,6% dos clínicos divulgaram voluntariamente o dano aos pacientes e suas famílias, sendo que somente 11,4% dos pacientes receberam pedido de desculpas. Segundo um estudo anterior, menos de um terço dos erros médicos são revelados aos pacientes.²⁰

Para que o erro médico seja considerado como ato ilícito e o dever de reparação seja aplicado, são necessários três elementos: conduta culposa, resultado danoso e nexa causal entre a conduta e o resultado.⁴ A conduta culposa pode ser *imperita* - caracterizada por prática de ato com inabilidade e deficiência de conhecimentos técnicos, *imprudente* - ação precipitada e sem precauções ou *negligente* - marcada pelo descuido, como por exemplo o esquecimento de compressas em procedimentos cirúrgicos.^{1,4,8,23}

A culpa é atribuída ao médico caso o evento seja previsível, mas não é evitado. Por outro lado, se o resultado não era possível de ser previsto, estamos face às *excludentes de culpabilidade* e são elas o *caso fortuito* e o de *força maior*, previstas no artigo 393 do CC. A anóxia por lesão cerebral durante um procedimento anestésico é, por exemplo, passível de culpa. Já uma reação anafilactoide em um indivíduo com história prévia negativa é um caso fortuito, enquanto uma colectomia em um cólon necrosado pós-isquemia intestinal é um evento de força maior.²

Sem essas excludentes, comprovado o dano é necessária a indenização, de acordo com os respectivos artigos 186 e 927 do CC: “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”; “Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.” O mesmo código

é enfático e ainda diz no artigo 951: “O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.”

Se for uma obrigação de meios, a culpa do médico deve ser demonstrada, conforme prevê o artigo 333, inciso I do Código de Processo Civil (CPC): “O ônus da prova incumbe: I - ao autor, quanto ao fato constitutivo do seu direito”. No caso de obrigação de resultados, o médico deve provar que não agiu com culpa, o que se convencionou chamar de *inversão do ônus da prova*. Quanto a isso, o artigo 389 do CC diz que “Não cumprida a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogado”.²

Quanto aos direitos do paciente vítima de dano por prática clínica indevida, a indenização por dano moral estará sujeita ao arbítrio do juiz conforme o artigo 953 do CC: “A indenização por injúria, difamação ou calúnia consistirá na reparação do dano que delas resulte ao ofendido. Parágrafo único. Se o ofendido não puder provar prejuízo material, caberá ao juiz fixar, equitativamente, o valor da indenização, na conformidade das circunstâncias do caso.”

Já as quantias relativas aos danos patrimoniais são regidas pelos seguintes artigos: Artigo 949 do CC: “No caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido”. Artigo 950 do CC: “Se da ofensa resultar defeito pelo qual o ofendido não possa exercer o seu ofício ou profissão, ou se lhe diminua a capacidade de trabalho, a indenização, além das despesas do tratamento e lucros cessantes até ao fim da convalescença, incluirá pensão correspondente à importância do trabalho para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu. Parágrafo único. O prejudicado, se preferir, poderá exigir que a indenização seja arbitrada e paga de uma só vez.” Vale lembrar que a pretensão de reparação civil prescreve em três anos, de acordo com o § 3º do artigo 206 do CC.

CONCLUSÃO

Com a introdução da Bioética, os aspectos morais da atenção à saúde foram melhor compreendidos, mas os avanços científicos e suas repercussões sociais constituem um desafio permanente. O impacto que a tecnologia exerce no caráter humanístico das ciências médicas ainda carece de conhecimento. Em decorrência disso, há uma tendência ao maior estudo da Bioética nas disciplinas da graduação, cursos de especialização e programas de doutorado. Nesse contexto, a responsabilidade moral do médico é uma característica apreciada e essencial no estabelecimento de uma relação de empatia e confiança mútua com o paciente.

Além disso, sob o ponto de vista jurídico, o exercício da Medicina apresenta elevado risco e, sem dúvidas, o aperfeiçoamento contínuo da prática clínica e da relação médico-paciente são eficazes na prevenção do erro médico e de conflitos com pacientes. É importante ainda que os médicos detenham conhecimento atualizado dos códigos

de normas em vigência, mas que jamais tomem iniciativa de defesa sem consultar advogados e que não acusem terceiros (prática mal vista pelos Conselhos de Medicina). Recomenda-se também o uso regular do Termo de Ciência e Consentimento, bem como o registro legível e adequado dos prontuários dos pacientes. Dentre essas várias ações, a criteriosa prática profissional aliada à boa relação médico-paciente ainda são a melhor forma de prevenir a maioria dos processos judiciais.

REFERÊNCIAS

1. Zampieri Junior S, Moreira A. Erro médico: semiologia e implicações legais. *J Bras Med*. 1995;69(1):116-20.
2. Udelsmann A. Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. *Rev Assoc Med Bras*. 2002;48(2):172-82.
3. Valler WA. *Reparação do Dano Moral no Direito Brasileiro*. 3ª ed. Campinas: EV Editora; 1995.
4. Carvalho BR, Ricco RC, Santos R, Campos MAF, Mendes ES, Mello ALS, et al. Erro Médico: implicações éticas, jurídicas e perante o código de defesa do consumidor. *Rev Ciênc Méd*. 2006;15(6):539-46.
5. Siqueira JE. A bioética e a revisão dos códigos de conduta moral dos médicos no Brasil. *Rev Bioét*. 2008;16(1):85-95.
6. Neves NMBC, Siqueira JE. A bioética no atual Código de Ética Médica. *Rev Bioét*. 2010;18(2):439-50.
7. Godinho AM, Lanzotti LH, Morais BS. Termo de consentimento informado: a visão dos advogados e tribunais. *Rev Bras Anestesiol*. 2010;60(2):207-11.
8. Vasconcelos C. *Responsabilidade médica e judicialização na relação médico-paciente*. *Rev Bioét*. 2012;20(3):389-96.
9. Santos LV. Responsabilidade civil médico-hospitalar e a questão da culpa no direito brasileiro. Salvador: JusPodivm; 2008.
10. Minossi JG, Silva AL. Medicina defensiva: uma prática necessária? *Rev Col Bras Cir*. 2013;40(6):494-501.
11. Oyebofe F. Clinical errors and medical negligence. *Med Princ Pract*. 2013;22(4):323-33.
12. Franca GV. Código do consumidor e o exercício da medicina. [citado 2015 Jan 15]. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/24742-24744-1-PB.pdf>
13. Canguilhem G. *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005.
14. Nunes L. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Rev Bioét*. 2008;16(1):41-50.
15. Marques Filho J, Hossne WS. Análise bioética dos processos de cassação do exercício profissional médico no estado de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(3):214-9.
16. Lourenço EA. Erro médico, falha médica e iatrogenia. *Rev Perspect Méd*. 1998;9:16-21.
17. Gonçalves MM. *Relação Médico-Paciente: profilaxia da denúncia contra o profissional*. Belo Horizonte: Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais; 2000. 108 p.
18. Cardoso LF, Engelmann V. Fatores predisponentes ao erro médico: um estudo qualitativo da relação médico-paciente. In: Bioética Leiga. Grupo de Estudos da Ética na Educação em Saúde. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2004.
19. Lyu HG, Cooper MA, Mayer-Blackwell B, Jiam N, Hechenbleikner EM, Wick EC, et al. Medical Harm: Patient Perceptions and Follow-up Actions. *J Patient Saf*. 2014 Nov 13. [Epub ahead of print]
20. Bell SK, Smulowitz PB, Woodward AC, Mello MM, Duva AM, Boothman RC, et al. Disclosure, apology, and offer programs: stakeholders' views of barriers to and strategies for broad implementation. *Milbank Q*. 2012;90(4):682-705.
21. Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Medical malpractice. *N Engl J Med*. 2004;350(3):283-92.
22. Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, Laird NM, Hebert LE, Peterson LM, et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. Results of the Harvard Medical Practice Study III. *N Engl J Med*. 1991;325(4):245-51.
23. Castro JM. *Responsabilidade Civil do Médico*. São Paulo: Método; 2005.