XV ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI ALICANTE - ESPANHA

BIOÉTICA, BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

MARIA CLAUDIA DA SILVA ANTUNES DE SOUZA

JERÔNIMO SIQUEIRA TYBUSCH

TEREZA RODRIGUES VIEIRA

Copyright © 2026 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU – São Paulo
Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio – Rio de Janeiro
Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão
Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Fernando Passos – UNIARA - São Paulo
Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo
Secretarias
Relações Institucionais:
Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia
Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal
Comunicação:
Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe
Relações Internacionais para o Continente Americano:
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão
Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM – São Paulo
Relações Internacionais para os demais Continentes:
Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará
Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul
Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI – Santa Catarina
Educação Jurídica
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - PR
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP
Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello – UFMS – MS
Eventos:
Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo
Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina
Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Comissão Especial
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ
Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - PB
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG
Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

B615

Bioética, biodireito e direitos dos animais[Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Maria Claudia da Silva Antunes de Souza; Jerônimo Siqueira Tybusch; Tereza Rodrigues Vieira.– Florianópolis: CONPEDI, 2026.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-5274-683-2
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Meio ambiente e sustentabilidade: perspectivas globais e locais na agenda 2030

2. Bioética. 3. Direito dos animais. XV Encontro Internacional do CONPEDI Alicante - Espanha (1: 2026: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

XV ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI ALICANTE - ESPANHA

BIOÉTICA, BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

Apresentação

O diálogo acerca da Bioética, Biodireito e Direitos dos Animais no CONPEDI é essencial para alinhar o Direito às inovações científicas e à necessidade premente de superar o antropocentrismo. Este ambiente transdisciplinar favorece a reavaliação de princípios jurídicos, assegurando a proteção da vida e a defesa de seres sencientes.

O artigo “A Macrobioética no Sistema Interamericano e Direitos Humanos: O Impacto da Oc-32/25 da Corte IDH no Pensamento Biojurídico Contemporâneo” desenvolvido por Gustavo Paschoal Teixeira de Castro Oliveira e Jadir Alves de Oliveira examina de que maneira a Opinião Consultiva 32/25 amplia a salvaguarda da vida e da saúde coletiva na América Latina, adotando uma visão global e macrobioética. Ela reformula a responsabilidade dos Estados em relação aos avanços na biotecnologia e às emergências sanitárias, incorporando as orientações de direitos humanos à base do biodireito atual.

Idel Profeta Ribeiro apresentou o artigo “A Subjetividade Jurídica dos Animais Não-Humanos: Evolução Legislativa e a Efetividade da Proteção Patrimonial na Sucessão Hereditária” o qual investiga a mudança na condição legal dos animais, que passam de "coisas" a sujeitos de direitos, examinando a forma como o sistema jurídico responde à alocação de bens em testamentos para assegurar seu bem-estar. O principal desafio consiste em desenvolver mecanismos contratuais ou de fideicomisso que assegurem que os recursos herdados sejam efetivamente utilizados para promover o bem-estar dos animais.

O artigo “Assimetria Informacional e Consentimento Informado na Reprodução Assistida: Entre os Casos de Lulu e Nana e de Aurea” apresentado por Luan Christ Rodrigues aborda a desigualdade de conhecimento técnico entre médicos e pacientes, utilizando exemplos concretos de edição genética (Lulu e Nana) e conflitos sobre embriões para evidenciar os riscos à autonomia. Argumenta que o consentimento deve ser claro e fundamentado para prevenir abusos bioéticos e práticas eugênicas na aplicação de biotecnologias reprodutivas.

Larissa Chaves Tork de Oliveira apresentou o artigo “Bioética e Equidade no Acesso à Saúde Pública na Amazônia Legal: Análise da Judicialização e Papel dos Comitês Estaduais de Saúde” o qual examina o fenômeno da judicialização da saúde em áreas remotas, onde a grave falta de recursos dificulta a implementação do princípio da equidade do SUS. Enfatiza

a importância fundamental dos Comitês Estaduais de Saúde na oferta de apoio técnico aos magistrados, visando equilibrar o direito individual à saúde com a viabilidade financeira coletiva.

O texto “Derechos Humanos, Salud y Discapacidad: Posibilidades de Inclusión a través del Derecho a la Salud para las Personas con Discapacidad” redigido por Janaína Machado Sturza e Joice Graciele Nielsson foca na utilização do direito à saúde como um meio de promoção da inclusão social e da emancipação de indivíduos com deficiência, ultrapassando o antigo paradigma estritamente médico-assistencialista. Sugere que a oferta abrangente de tratamentos e tecnologias assistivas deve ser considerada uma responsabilidade inalienável do Estado, essencial para assegurar a dignidade humana e a igualdade substancial.

O artigo “O Reconhecimento dos Animais como Seres Sencientes e os Limites Bioéticos no Estado Democrático de Direito diante dos Maus-Tratos: Avanços Normativos e Desafios de Efetividade no Brasil” de autoria de Idel Profeta Ribeiro concentra o debate na senciência dos animais como um impedimento moral e legal contra a crueldade, analisando a relação entre legislações protetivas (como a Lei Sansão) e a realidade da sua fiscalização. Levanta questões sobre os limites das atividades humanas aceitas pelo Estado e discute a urgência de punições mais rigorosas para assegurar a efetividade dos direitos ambientais.

O texto “O Vácuo Normativo da Reprodução Humana Assistida: Uma Análise Crítica da Defasagem da PLs 90/1999 sob a Ótica dos Direitos Fundamentais e da Personalidade” de autoria de Valéria Silva Galdino Cardin, Tereza Rodrigues Vieira e Rafaela Poleto Bezerra destaca a necessidade urgente de uma legislação no Brasil, onde a reprodução assistida é apenas regulamentada por resoluções do Conselho Federal de Medicina, em virtude da paralisação de projetos de lei que já existem. Essa situação resulta em uma significativa insegurança jurídica, impactando diretamente os direitos da personalidade, o planejamento familiar e a condição legal dos embriões criopreservados.

Por sua vez, Antônio Baptista Gonçalves apresentou o artigo “Responsabilidade Penal dos Profissionais de Saúde” no qual aborda a responsabilização penal de médicos e enfermeiros em situações de erro grave, negligência, imprudência ou falta de habilidade que levem a danos ou óbitos.

Ao término das apresentações, ocorreu um extenso debate fomentados pelos Coordenadores acerca dos temas discutidos. Esse diálogo enriquece a perspectiva crítica ao unir ciência, legislação e uma delicada sensibilidade moral. Ele aborda questões relacionadas à dignidade da vida e os limites das novas biotecnologias.

Tereza Rodrigues Vieira

Pós-Doutora em Direito pela Université de Montreal e Docente do Mestrado em Direito e do curso de Medicina da UNIPAR, Universidade Paranaense.

Maria Claudia da Silva Antunes de Souza

Universidade do Vale do Itajai

Jerônimo Siqueira Tybusch

Universidade Federal de Santa Maria

RESPONSABILIDADE PENAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

CRIMINAL LIABILITY OF HEALTH PROFESSIONALS

Antônio Baptista Gonçalves

Resumo

O hospital não é local de preferência da grande maioria das pessoas e uma internação representa a busca pela melhora da saúde e até pela mantença da vida. Para tanto, a relação com o médico é de confiança, assim como com os demais profissionais de saúde como enfermeiros e anestesistas. O uso de tecnologias depende da decisão do médico e de sua expertise e qualquer erro pode comprometer a saúde do paciente. Em várias ocasiões, a vida do paciente está nas mãos da equipe médica, por vezes inconsciente, portanto, se não houver a lisura, a ética e o profissionalismo as coisas podem, rapidamente, caminhar negativamente. Casos como violência obstétrica, não respeito à vontade do paciente, estupro, danos permanentes ou não e, até o evento morte, são alguns casos que ocorrem quando os profissionais desrespeitam o juramento de Hipócrates. Quando os desvios ocorrem os profissionais de saúde devem responder penalmente por sua conduta sob a perspectiva da segurança do paciente.

Palavras-chave: Telemedicina, Vulnerabilidade, Responsabilidade, Tecnologia

Abstract/Resumen/Résumé

The hospital is not the preferred place for most people, and hospitalization represents the pursuit of improved health and even the preservation of life. Therefore, the relationship with the doctor is one of trust, as is the relationship with other health professionals such as nurses and anesthesiologists. The use of technology depends on the doctor's decision and expertise, and any error can compromise the patient's health. On several occasions, the patient's life is in the hands of the medical team, sometimes unconsciously, so if there is no integrity, ethics, and professionalism, things can quickly go wrong. Cases such as obstetric violence, disrespect for the patient's wishes, rape, permanent or temporary damage, and even death, are some cases that occur when professionals disregard the Hippocratic Oath. When deviations occur, health professionals must be held criminally responsible for their conduct from the perspective of patient safety.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Telemedicine, Vulnerability, Responsibility, Technology

1. Introdução

A relação de um médico com seus pacientes é de confiança. Desde o início, uma gama de fatores contribuem para o estabelecer da credibilidade e do acreditar que aquele profissional resolverá a enfermidade transitória ou não. Por vezes, o profissional não é escolhido de primeira, em outros casos, é recebido com desconfiança, em virtude de outros diagnósticos equivocados, de tratamentos ruins, de falta de empatia dos predecessores ou porque a doença persiste e angústia interfere no bom senso do paciente.

O fato é que o médico lida com sentimentos diariamente e, comumente, são reações superlativas para o bem ou para o mal. Quando o paciente recebe a notícia de que a cirurgia foi um sucesso, que o problema foi curado, de que o corpo está reagindo bem ao tratamento, o sentimento é de alívio e a certeza da boa escolha do profissional. Quando ocorre o contrário, as incertezas florescem, as dúvidas se tornam frequentes e a tolerância, por vezes, se relativiza.

Quando a palavra cirurgia é trazida pelo médico, conjuntamente com a discussão de tratamentos, as aflições, inevitavelmente, afloram e, com elas, uma escolha: confiar no profissional, de que ele está capacitado para trazer e viabilizar a cura, ou buscar uma segunda opinião com outras alternativas.

A decisão de ir ao centro cirúrgico nunca é simples e tranquila. A escolha da anestesia, a recuperação, as complicações que porventura podem ocorrer, tudo isso é sopesado em um curto período de tempo. Procedimentos simples podem se complicar e trazer momentos que exigirão a perícia do profissional e sua equipe.

A vida do paciente, literalmente, pode estar nas mãos dos profissionais de saúde. Nesse momento, de inconsciência e de recuperação, contar com a ética e o profissionalismo é imperioso. Deveria ser um comportamento automático, mas, nem sempre o é.

Como em todas as profissões, temos bons médicos, enfermeiros e anestesistas, todavia, também, em seu meio, existem os de baixo caráter, os oportunistas e os que caminham mal. Nessa esteira, um paciente indefeso representa uma oportunidade.

Estupro, violência obstétrica, maus tratos, danos psicológicos, manipulação equivocada com o corpo do paciente, que pode produzir lesões musculares, são apenas algumas das possibilidades cotidianas na realidade de um centro cirúrgico, de uma

internação, de uma unidade de tratamento intensiva – UTI, de um período no pós cirúrgico, dentre outros cenários que envolvem um procedimento hospitalar que tem como consequência a inconsciência temporária do paciente.

Com a adesão da tecnologia na medicina as responsabilidades ensejam novos questionamentos sobre ética e implicações civis e penais, como o uso de robótica em cirurgias, a questão da inteligência artificial na medicina e, inclusive, as teleconsultas e a telemedicina.

Independente da responsabilidade civil por ação, omissão, negligência, imprudência ou imperícia, há a possibilidade da responsabilidade penal dos profissionais médicos quando a conduta não caminha dentro dos limites éticos e o juramento de Hipócrates é quebrado.

Importante destacar que as responsabilidades podem ser cumuladas, alternadas ou isoladas ou, até mesmo, serem questionáveis. Aqui, traremos a realidade da responsabilidade penal e seus efeitos, especialmente sobre a perspectiva da segurança do paciente.

2. A vulnerabilidade da relação médico e paciente

Na maior parte das vezes, o paciente conhece seu médico em um momento de vulnerabilidade. Não raro, a medicina é associada a dor e cabe ao médico mitigar os infortúnios que a doença produz. Sobre o tema, Fernando Gomes Correia Lima:

> A Medicina é tão antiga quanto a dor, e seu humanismo tão velho quanto a piedade humana. Tem como finalidade precípua a investigação das mais diversas entidades nosológicas e estabelecer condutas, no sentido de manter ou restituir a saúde dos indivíduos. É também missão dessa ciência orientar e esclarecer os legisladores na elaboração das leis sobre fatos médicos e fomentar o bem social. É, em suma, uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade, sem discriminação de qualquer natureza (Correia-Lima, 2012, p. 15).

As angústias, incertezas, medos e aflições sobre o futuro caminham em paripasso com um diagnóstico e, naquele momento, as dúvidas sobre a convicção de um tratamento ou da cura estão presentes e a linha fina que separa o avanço do retrocesso reside no profissional de saúde.

Quanto mais grave a doença e a incerteza do sucesso do tratamento mais protagonismo tem o médico. O paciente está vulnerável, indefeso, fragilizado e deposita seu futuro nas mãos do profissional de saúde. O peso que acompanha a profissão de modo indissociável. Quando há sucesso, se torna o melhor de todos, quando há o fracasso surgem as dúvidas se algo diferente não poderia ter sido feito e se a conduta do médico foi a melhor.

A segurança minora a vulnerabilidade do paciente. O tratamento pode até não trazer o fruto esperado, porém, se há certeza do que o médico realiza, então, sua conduta é inconteste. A medicina não é uma ciência exata, longe disso, por isso, na maioria dos casos se trata de uma profissão de meio e não de resultado. Em uma cirurgia não há como se garantir um êxito, pouco importa a complexidade.

Em questões estéticas, a linha é mais tênue e o debate entre meio e resultado sempre permeia as ações de dano moral, quando o insucesso se faz presente. O que nunca se pode descurar é a conduta do médico, da equipe e do corpo clínico. Como aduz Anna Carolina Barcellos Coutinho do Nascimento, o paciente não busca o médico infalível, mas sim, o profissional que se encontra capacitado a tomar as melhores decisões em momentos críticos:

> O que se quer não é o profissional infalível, algo impossível ao ser humano, mas o profissional prudente que, mesmo no caso extremo de morte de seu paciente, não possa ser responsabilizado por ter agido conforme as normas inerentes a sua profissão (lex artis) e buscado todos os meios de que dispunha para a cura do paciente (Nascimento, 2020, p. 8720).

Na construção da confiança na relação entre o médico e o paciente existem desafios naturais e, recentemente, adicionais, em virtude do uso da tecnologia na medicina.

A confiança no médico e a decisão de prosseguir um tratamento, eventualmente, uma cirurgia, um procedimento delicado, talvez com risco de vida implica na certeza de que aquele profissional é o que melhor atenderá suas necessidades. Porém, como determinar se esse, de fato, é o caminho? A escolha certa?

Em geral, a empatia e o contato são essenciais para a formação de uma conexão, mas não só, as explicações, o conhecimento técnico, a análise de exames, a explicação

dos próximos passos, os riscos e, principalmente, o que será feito e o como, são o conjunto a ser apresentado ao paciente para a formação de seu convencimento.

Para tanto, depende muito de qual estágio de conhecimento já há sobre o profissional em questão, explicamos: uma situação é procurar um médico no livro do convênio e ir lá ouvir o que ele tem a dizer após os exames, logo, não há qualquer indicação ou conhecimento para avalizar a visita. Da mesma forma, as pessoas que não possuem convênio e se dirigem a um hospital público ou ao Sistema Único de Saúde – SUS, a impessoalidade e ausência de informação se somam as incertezas do diagnóstico.

Independente da origem do contato, outro elemento importante é a indicação, quando um amigo referenda o profissional, a primeira consulta é cercada de expectativa e a certeza de que aquele poderá ser o médico certo para resolver o problema.

Em tempos de velocidade de informação não é mais muito comum em se falar do "médico da família", aquele profissional que atendeu os pais e seguiu cuidando dos filhos e que todos conhecem e confiam. Esse profissional está cada dia mais escasso. Em outros tempos, o pediatra não deixava de ser o médico de confiança, mesmo com a chegada da vida adulta. E, não raro, era o primeiro a ser ouvido mesmo que o problema seja em outra expertise.

Nesses casos, o conhecimento técnico segue sendo relevante, porém, a confiança é muito mais determinante. O médico da família será ouvido em um caso grave como um câncer, um acidente, uma operação, mesmo com a certeza de que ele não fará o procedimento ou sequer estará presente, no entanto, sua opinião será essencial para a decisão do que fazer a seguir.

A empatia e a confiança serão construídas desde o primeiro contato, portanto, o comportamento do médico será essencial para o estreitamento da relação. Ainda que na rede pública não existam muitas opções de troca de profissional, a confiança é a base da continuidade do tratamento. Quando há incertezas, alguns pacientes optam por não prosseguir e "deixar como está" e simplesmente não fazer nada em relação ao problema ou doença, ou justificar que o "santo não bateu" ou outras crendices populares.

Um tratamento rude, uma resposta ríspida diante de um momento de fragilidade natural por parte do paciente podem implicar em um afastamento natural, ainda que isso implique no comprometimento da saúde do paciente.

O conhecimento e a experiência do profissional são importantes, todavia, nem sempre essenciais, o conjunto de elementos: empatia e o se importar com o momento do paciente podem ser mais importante do que a certeza da cura.

Agora, também, a experiência e a credibilidade conquistadas não são salvo conduto para qualquer profissional da medicina. Os novos caminhos igualmente fornecem possibilidades de erros involuntários ou não, danos ao paciente e ensejam responsabilidade civil e penal (quando for o caso) ao profissional em questão.

Por ser uma ciência humana erros podem acontecer e, quando forem deliberados, a justiça e o judiciário podem e devem ser acionados para corrigir o rumo. Não são poucos os casos possíveis de indenização ou os crimes, como veremos: estupro de vulnerável, violência psicológica, física, emocional, obstétrica, lesão corporal, morte e condutas derivadas do uso da tecnologia, em especial, inteligência artificial e robótica.

A escusa de que a tecnologia não ocasiona responsabilidade penal ao operador e ao médico não mais encontra proteção no judiciário brasileiro, as decisões e o resultado também derivam da ação e poder de decisão do profissional de medicina e a ele cabe arcar por imprecisões, erros de cálculos, lesões por tomadas de decisões equivocadas e danos ao paciente, ainda que ele não seja o operador direto.

Em cada ponto, iremos aprofundar e elucidar, dentro dos limites de cada um, a questão penal. De início, ainda na questão da vulnerabilidade e da confiança, temos o uso das inovações tecnológicas da medicina.

Exatamente nesse ponto há um novo desafio: o uso da tecnologia. Com o avanço da medicina e suas potencialidades sendo reforçadas e ampliadas por instrumentos impensáveis algumas décadas atrás como robótica, inteligência artificial, telemedicina e teleconsulta, a questão é: o contato, a empatia, o “olho no olho” ainda são preponderantes? E mais: há risco de responsabilidade penal com o uso de tecnologia?

Em uma realidade pós pandemia, ainda arraigada com o encurtamento das distâncias e o uso de tecnologia, alguns profissionais da medicina implementaram em sua realidade cotidiana o uso de consulta à distância: a teleconsulta.

Aqui já é necessária a diferenciação prévia entre teleconsulta e telemedicina. O Conselho Federal de Medicina, como veremos, regulou o atendimento à distância desde que ele seja realizado por profissional devidamente certificado e credenciado para exercer a medicina, logo, uma teleconsulta não tem a mesma especificidade de uma telemedicina.

Na construção da confiança, diante do momento transitório de vulnerabilidade do paciente, será que a telemedicina e suas implicações podem ser um obstáculo na relação médico e paciente? Qual o impacto de sua adoção? É possível fazer uma teleconsulta desde o primeiro momento? Ou o correto é seu uso de modo excepcional? Para a construção da confiança da relação médico paciente será que essa ausência de contato irá dificultar ou facilitar? Essas e outras perguntas que passaremos a responder.

2.1 A teleconsulta e a telemedicina: pode ser o começo da relação?

A teleconsulta ou consulta por vídeo conferência foi desenvolvida pela necessidade em decorrência da pandemia do COVID-19. Sua regulação no Brasil adveio com a Lei n° 14.510, de 27 de dezembro de 2022 e da Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM nº 2.314/2022, que estabelece em seu artigo 1°:

> Art. 1º Definir a telemedicina como o exercício da medicina mediado por Tecnologias Digitais, de Informação e de Comunicação (TDICs), para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, gestão e promoção de saúde.

A telemedicina tem suas limitações. O próprio CFM alerta que a teleconsulta não deve ser o único mecanismo de contato entre o paciente e seu médico. A falta de um exame físico, do contato em si, pode ensejar erro de diagnóstico com consequências ao paciente. E mais do que isso: falamos de uma consulta por videoconferência e não troca de mensagens por WhatsApp, esse tema em si ainda tem visão bastante controvertida dentro do Conselho Federal de Medicina. Sobre a telemedicina Genival França:

> Desta forma, pode-se conceituar Telemedicina como todo esforço organizado e eficiente do exercício médico a distância que tenha como objetivos a informação, o diagnóstico e o tratamento de indivíduos isoladamente ou em grupo, desde que baseado em dados, documentos ou outro qualquer tipo de informação confiável, sempre transmitida através dos recursos da telecomunicação. Tal conceito e prática foram recomendados ultimamente pela Declaração de Tel Aviv, adotada pela 51.ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, em outubro de 1999, a qual trata das "Normas Éticas na Utilização da Telemedicina" (FRANÇA, 2019, p. 208).

A chamada teletriagem tem suas limitações. Com consequências que podem ser saneadas por terceiros, ou não, a depender do erro de diagnóstico, afinal, um atendimento

remoto em uma situação de emergência, pode demandar soluções diversas do que uma consulta presencial. Ora, mas em um atendimento de emergência os profissionais de medicina realizarão novos exames e se houver um erro do médico via teleconsulta, então, a rota poderá ser corrigida. É verdade, contudo, e se não for uma emergência?

E no caso de um erro de diagnóstico remoto sem a consulta de outro profissional? Eis o problema, por exemplo, com base nos dados informados pelo paciente, sem exames de imagem, apenas pela informação dos sintomas o médico, através de uma teleconsulta, pode ter interpretado uma dor no peito como uma dor muscular e prescrever um antinflamatório e, em verdade, o paciente veio a óbito porque teve um infarto, que não foi identificado a tempo para ter o devido tratamento.

Nesse caso, a responsabilidade penal está presente. A telemedicina possibilita um diagnóstico impreciso e deve ser tratada como uma complementariedade ao tratamento e consulta física e utilizada com cautela e não como substitutivo da consulta presencial, como bem recomenda o CFM.

Além disso, é obrigação do profissional de medicina ser responsável pelos dados do paciente e das consultas, seja pelo sigilo da relação médico-paciente ou pela imposição da proteção de dados da LGPD. A confidencialidade é essencial e o uso das plataformas digitais estão sujeitas ao risco de vazamento de dados, portanto, os médicos devem assegurar-se de que os meios tecnológicos utilizados ofereçam a segurança necessária para a proteção dessas informações.

A telemedicina, pode sim, ser o começo de uma relação entre o médico e paciente ou pode ser usada eventualmente, seja por conta de uma viagem, por impossibilidade de deslocamento, sem que, com isso, se deixe a consulta e contato físico com o profissional de saúde à margem. É um complemento para o uso convencional da medicina, com suas restrições e limitações. Como bem disciplina o artigo 37 do Código de Ética Médica, o atendimento presencial e direto do médico em relação ao paciente constitui regra para a boa prática médica.

Por fim, a telemedicina propicia o ensejo a um crime por ausência do devido exame: a emissão de atestado médico falso, como prevê o artigo 302 do Código Penal. E ainda propicia a emissão de atestado por profissional que não o médico, o que implica em novo crime com outras responsabilidades.

2.2. A inteligência artificial na medicina

O uso da inteligência artificial tem se intensificado no Brasil nas mais variadas áreas e a medicina passa a ser uma delas. Não por acaso, em especial, sobre o limites éticos, o Conselho Federal de Medicina, muito recentemente, publicou a Resolução n° 2.454/2026, que normatiza o uso da Inteligência Artificial (IA) na medicina em todo o território nacional.

A norma assegura ao médico o direito de utilizar ferramentas de IA como apoio à decisão clínica, à gestão em saúde, à pesquisa científica e à educação médica continuada, desde que respeitados os limites éticos e legais da profissão. A palavra final sobre as decisões diagnósticas, terapêuticas e prognósticas sempre será do médico, que também pode se recusar a usar tecnologias não validadas cientificamente, que não tenham certificação regulatória pertinente ou que contrariem princípios éticos, técnicos ou legais da medicina (CFM, 2026).

A inteligência artificial deve ser compreendida na medicina como uma ferramenta de apoio, sendo assim, o médico é o responsável final pelas decisões. O que não significa que seu uso não seja positivo para a medicina.

O prontuário eletrônico unificado, por exemplo, facilita ao reunir o conjunto de informações, os médicos envolvidos, nas diversas especialidades, com o paciente. Sobre o tema Cláudio Lottenberg:

> A IA apresenta um potencial ainda maior, quando levamos em consideração a implementação de prontuários eletrônicos unificados; ou seja, prontuários que contêm informações de todos os médicos envolvidos com o paciente, nas suas diversas especialidades, bem como todos os resultados dos exames realizados pelo mesmo, além de conter as condições de saúde do paciente que ultrapassam seus dados clínicos, trazendo um panorama geral da saúde daquela pessoa (LOTTENBERG, 2019, p. 39).

Quando se tem à disposição o histórico completo do paciente é possível se associar mais rapidamente o quadro completo e favorecer um diagnóstico mais preciso, com base nos tratamentos e sintomas pregressos. Além disso, a IA também pode comparar o caso do paciente com o banco de dados e obter uma infinidade de casos semelhantes e evidências médicas que podem facilitar o tratamento.

Ainda assim, a decisão sobre tratamento e diagnóstico é exclusiva do médico, bem como sua responsabilidade, portanto, a IA é suporte complementar e jamais fonte central

de decisões. Se o médico utilizar um sistema de IA com dados incorretos, ignorar alertas de falha ou seguir uma recomendação da IA sem validação técnica, ele poderá ser responsabilizado penalmente por lesão corporal ou homicídio culposo se, por conta de sua conduta, resultar em danos ao paciente.

2.3. O uso da robótica na medicina e suas implicações

A robótica é mais um caso concreto em que a tecnologia viabiliza avanços nos tratamentos e, consequentemente, benefícios aos pacientes. O uso da robótica em si tem poucas possibilidades de aplicação de responsabilidade penal, uma vez que o seu uso é de precisão em cirurgias que tenham sua eficácia devidamente comprovada, o que possibilita uma recuperação mais rápida dos pacientes.

Ademais, as cirurgias robóticas proporcionam menos dor, infecções ou sangramento, por conta de sua precisão e baixa invasividade, e seu uso é recomendado para situações específicas em que o resultado é mais benéfico nessa modalidade. Além disso, pequenos problemas humanos, como tremores naturais das mãos, são mitigados com a precisão do robô.

Significa que não existam erros ou danos? Errado. Segundo estudo publicado em 2024, no periódico Nature Medicine (Marcus 2024; 61-75) identificou-se mais de 2 mil casos de lesões em pacientes, 17 mil falhas de dispositivos e 294 mortes associadas a cirurgias robóticas, com base em registros de incidentes reportados globalmente.

A questão da responsabilidade penal no uso de robótica na medicina encontra lugar quando o profissional não estiver habilitado para realizar o procedimento, não possuir o treinamento ou a expertise necessárias ou fraudar a documentação para fazer uso indevido do procedimento. Ademais, também responderá por responsabilidade penal quando causar danos ao pacientes em comprovação de dados imprecisos e má programação do robô por culpa exclusiva do médico.

O CFM regulou o uso da robótica através da Resolução n° 2.311/2022 e reconhece se tratar de procedimento de alta complexidade e, por isso, deve o profissional ter cumprido os requisitos do artigo 3°[1], o que implica notar que é pouco provável o êxito

[1] Art. 3º. A cirurgia robótica só poderá ser realizada por médico que, obrigatoriamente, deverá ser portador de Registro de Qualificação de Especialista (RQE) no Conselho Regional de Medicina (CRM) na área cirúrgica relacionada ao procedimento.

em fraudar a documentação, uma vez que há o treinamento e sua verificação. Exatamente por isso é mais difícil a ocorrência de erro, mas não é descartado, uma vez que o robô é operado por um ser humano (cirurgião) que controla todos os seus movimentos e pode ocorrer imperícia do profissional, falha técnica no equipamento ou a devida falta de atenção para a realização da cirurgia por parte do cirurgião (negligência).

Quando ocorrem acidentes eles tendem a causar danos com graves consequências, por isso a responsabilidade segue sendo do médico, que deverá provar que houve falha do robô, que estava devidamente habilitado e treinado para a realização da cirurgia.

Caso seja constatada eventual falha mecânica, então, com fulcro no artigo 932, III, do Código Civil a responsabilidade será solidária com o hospital e, independente de culpa, o fabricante, em conformidade com o artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor será responsável pelos danos causados. Há casos em que somente o hospital será responsabilizado quando se comprovar que houve falha da instituição na esterilização do aparelho ou sua concernente manutenção.

Nenhuma cirurgia, por menor e mais simples que seja, é isenta de risco e mesmo o médico tendo o termo de consentimento assinado pelo paciente não o isenta de responsabilidade quando houver falhas de conduta, negligência, imprudência ou imperícia.

3. O profissional de saúde e seu comportamento no ambiente hospitalar

Até o momento tratamos da relação do médico com o paciente e do uso de tecnologias como forma acessória em seu ofício. Agora, iremos apresentar as possibilidades em que o próprio profissional demanda de tomada de decisões e de sua

---

§1°. Estes cirurgiões devem possuir treinamento específico em cirurgia robótica durante a Residência Médica ou capacitação específica para a realização de cirurgia robótica, conforme disposto no Anexo 2 desta resolução.
§2°. O cirurgião principal na fase de treinamento, após completada a etapa básica de capacitação, só poderá realizar cirurgia robótica sob supervisão e orientação de um cirurgião - instrutor em cirurgia robótica.
§3° O cirurgião principal terá autonomia para realizar cirurgia robótica sem a participação do Cirurgião - instrutor em cirurgia robótica após comprovar conclusão e aprovação no treinamento com cirurgião - instrutor (Anexo 2), tendo realizado um mínimo de 10 cirurgias robóticas.
§4°. A responsabilidade da assistência direta ao paciente é do cirurgião principal em relação ao diagnóstico, indicação cirúrgica, escolha da técnica e via de acesso, além das complicações intraoperatórias e pós-operatórias.

conduta, seja comissiva ou omissiva , e dela resultar danos aos pacientes ou à prática de crimes.

Algumas premissas não poderão ser violadas. E nem sempre o quesito confiança é exclusivo nessa relação, porque outros elementos devem ser observados pelos profissionais de saúde, como por exemplo, uma declaração de vontade ou um testamento vital e a expressa manifestação da não transfusão sanguínea para os Testemunhas de Jeová.

3.1. A declaração de vontade ou o testamento vital

Não é inédito o sempre candente debate sobre a transfusão de sangue para os que são adeptos da religião das Testemunhas de Jeová, e o cerne do embate é o sopesamento de direitos fundamentais entre a liberdade religiosa (CF, art. 5°, VI) e o direito à vida (CF, art. 5°, caput).

As Testemunhas de Jeová não aceitam transfusões de sangue total ou de seus quatro componentes primários – a saber, glóbulos vermelhos, glóbulos brancos, plaquetas e plasma. Elas também não doam sangue nem o armazenam para seu próprio uso para uma possível transfusão.

Um dos motivos que levam as Testemunhas de Jeová a recusarem as transfusões de sangue, em constrita síntese, é que elas acreditam que a Bíblia Sagrada, ou a Palavra de Deus, proíbe tomar sangue por qualquer via. A posição delas se baseia em lei fundamental que Deus deu à humanidade. Logo após o Dilúvio, Deus permitiu que Noé e sua família comessem carne de animais. Ele só impôs esta restrição: não deviam consumir sangue, conforme o relato do livro bíblico de Gênesis, capítulo 9, versículos 3 e 4. Todos os humanos de todas as raças descenderam de Noé, por conseguinte, na visão deles, toda a humanidade está sob a obrigação de obedecer a essa lei.

Então, quando da internação de um paciente com risco de vida, em que há eventual necessidade de transfusão de sangue, se questiona: o médico pode se recusar a fazer o procedimento ao ter conhecimento de que o paciente é uma Testemunha de Jeová? A questão moral pode se sobrepor à defesa da vida? E se o médico for uma Testemunha de Jeová ele poderá alegar objeção de consciência e não realizar o procedimento?

Tanto a Constituição Federal quanto o Conselho Federal de Medicina tratam do tema da objeção de consciência e autorizam o profissional da saúde a se recusar a fazer procedimentos sob tal alegação. De tal sorte que há a possibilidade do médico ter seu direito à objeção de consciência, isto é, o ato de se negar a dar prosseguimento a um ato clínico, como por exemplo, fazer uma transfusão de sangue. O problema é que o Conselho Federal de Medicina e a Constituição Federal de 1988 estabelecem que o bem maior a ser protegido é a vida, logo, sempre que for necessário salvar a vida de um paciente o profissional da saúde não poderá alegar objeção de consciência e se recusar a fazer o ato.

O cerne do embate entre a possibilidade ou não da transfusão sanguínea para as Testemunhas de Jeová é a alegação de que, tanto o hospital quanto o médico, não podem se recusar a fazer o procedimento sob pena de negligência e serem responsabilizados civil e penalmente por isso, a menos que exista uma disposição expressa de vontade do paciente que impeça o ato de ser realizado.

A declaração antecipada de vontade é um conjunto de instruções e vontades apresentadas por uma pessoa determinando qual tratamento deseja receber, em caso de perder a consciência ou estar impossibilitado de manifestar sua vontade, em decorrência de uma enfermidade. Na mesma esteira caminha o testamento vital, registrado ou não em Cartório de Notas. Contudo, se recomenda que tenha o documento consigo ou com terceiro de confiança para mostrar, tanto ao hospital quanto para o médico, antes de procedimento ou quando houver risco concreto de desrespeito à vontade expressa do paciente.

O testamento vital não tem por finalidade exclusiva proteger apenas a vontade e os preceitos de determinada religião, pois, igualmente pode ser utilizado para determinar o impedimento de tratamentos desnecessários ou o prolongamento artificial da vida, especialmente para os casos que envolvam uma lesão cerebral irreversível ou um estado permanente de inconsciência mas, inclusive, pode determinar sobre a doação ou não de órgãos, se a pessoa deseja falecer em casa perto dos familiares, em detrimento do ambiente hospitalar, dentre outras medidas. De tal sorte que, quanto mais específico for, melhor para si. O princípio da autonomia corresponde ao respeito e ao direito de autogovernar-se.

Se o médico não respeitar a declaração de vontade ou o testamento vital e realizar a transfusão, então, responderá por sua conduta. E ao contrário da mesma forma, se não houver nenhum documento e o profissional for uma Testemunha de Jeová e se recusar a

fazer a transfusão apenas por uma manifestação verbal de vontade poderá ser responsabilizado civil e penalmente por sua conduta omissa.

3.2. A violência obstétrica

O nascimento de um filho é um dos momentos mais sublimes e esperados de uma mulher. Por isso, escolher o profissional que fará o acompanhamento da gravidez e, principalmente, o parto são essenciais para um resultado exitoso.

Ainda assim, a gestante está sujeita a problemas durante a gestação que podem necessitar da intervenção e acompanhamento de seu médico de confiança e sua respectiva equipe. Com isso, existem relatos de falha nessa relação e cometimento de violência obstétrica, isto é, danos à gestante ou ao recém-nascido. Sobre o tema, Roberto Carvalho Veloso:

> Esta modalidade de violência condiz tanto com uma forma de violência contra a mulher quanto a uma forma específica da violência de gênero, em virtude da utilização arbitrária do conhecimento técnico por parte de profissionais da saúde para controlar os corpos e a sexualidade das parturientes (VELOSO, 2016).

Na mesma esteira Andreza Santana Santos:

> Seja na pressão ou coação da mulher para optar por uma cirurgia cesariana por pura conveniência médica ou enganadas pelos mais variados motivos; ou, quando trata das como cobaias por residentes e professores em hospitais universitários; ou, durante o trabalho de parto, quando sofrem com a realização de diversos toques e não contam com as condições favoráveis para que o momento flua de forma tranquila, como com a negativa de acompanhante e restrição de posição ou local para o parto; ou, ainda durante o parto propriamente dito, quando são submetidas à episiotomias, induções na tentativa de aceleramento do processo, manobras de Kristeller e uso de fórceps ou; até mesmo no pós parto, quando sofrem suturas sem anestesia, são impedidas de estarem próximas de seus filhos recém-nascidos ou não tem os cuidados necessários para uma boa recuperação, sendo ignoradas pelas equipes que, em tese, deveriam auxiliá-las (SANTOS, 2018).

A Organização Mundial de Saúde listou seis possibilidades de violência obstétrica: durante a gestação, no parto e pós-parto: abuso físico; abuso sexual; abuso verbal; discriminação por conta da idade, etnia, classe social ou condições médicas; não cumprimentos dos padrões profissionais de cuidado; mau relacionamento entre a gestante e a equipe e más condições do sistema de saúde (OMS, 2026).

Quando a gestante se perceber em perigo ou não estiver de acordo com os procedimentos a serem realizados ela deve se opor veementemente e, caso seja constatada a violência obstétrica, a denúncia se faz essencial para a devida responsabilização penal.

Erros primários, como a contagem errada das semanas e a realização indevida de parto prematuro, indução à cesariana em detrimento ao parto normal são alguns dos casos em que, não apenas o médico como sua equipe, serão passíveis de danos moral e responsabilidade penal por violência obstétrica.

3.3. Estupro de vulnerável, violências e homicídios em ambiente hospitalar

No ambiente hospitalar existem algumas realidades, no tocante a crimes, para os pacientes: que seu autor seja um contratado do hospital, um prestador de serviço, alguém da equipe do médico ou o próprio e diferentes possibilidades, a depender do estado clínico do paciente, isto é, se está sedado ou em recuperação de cirurgia, ou ainda, em coma induzida ou não.

Quando o paciente está sedado para um procedimento cirúrgico, um parto ou se encontra em Unidade de Terapia Intensiva – UTI, ou coma induzido, há ausência de consciência e se qualquer dano físico for produzido pelo médico ou pelos profissionais de saúde a responsabilidade será deles. Casos, infelizmente, não faltam: estupro, lesões corporais e gravidez são apenas algumas das possibilidades.

Importante destacar a vulnerabilidade do paciente em decorrência da sua ausência momentânea de consciência, o que o impede de se defender ou sequer oferecer resistência, o que configura uma agravante considerável no Direito Penal brasileiro, como disciplina o artigo 217-A do Código Penal brasileiro.

O Instituto de Segurança Pública, em uma pesquisa de 2015 a 2021, constatou 177 casos de estupro em ambiente hospitalar no estado do Rio de Janeiro, a maioria tem o perfil dos profissionais de medicina parecidos, com as vítimas que estavam em sala de cirurgia e foram abusadas (RIO, 2026). Sobre o tema Thays Cristine Cardoso Alves:

> Enfermeiro que foi acusado de engravidar mulher que estava em estado de coma, ele foi contratado e estava encarregado de cuidados da paciente à manutenção de sua vida vegetativa. Essas são algumas das situações de pessoa em estado de vulnerabilidade, sedada, anestesiada, embriagada, drogada, alguém que não esteja sob controle de suas

> faculdades mentais, física e psicológicas. E que o agressor vai na intenção de ter a conjunção carnal ou de ato libidinoso com a vítima (ALVES, 2026).

Ainda no tocante a estupro de vulnerável, um médico urologista, que era especialista em reprodução assistida, ganhou notoriedade em decorrência das acusações de abusos contra pacientes, com vários casos de estupro, ao longo dos procedimentos de inseminação artificial. Falamos de Roger Abdelmassih que, em 2010, foi condenado a 278 anos de prisão por 56 estupros de pacientes, com registro médico cassado em 2011.

Também é importante destacar que tramita no Senado Federal o PL 85/2023 que prevê se o estupro for cometido em hospital com abuso de poder ou confiança a punição será 50% maior do que prevê a legislação atual (pena de 8 a 15 anos de reclusão).

No ambiente hospitalar o estupro de vulnerável não é a única modalidade de crime que pode ser praticada pelos profissionais de saúde, pois, também é possível a violência emocional e psicológica e a produção de lesões corporais por parte dos profissionais de saúde, não necessariamente o médico, como anestesistas, enfermeiros e enfermeiras.

Ademais, condutas mais graves como homicídios também têm sido registradas no ambiente hospitalar, como três técnicos de enfermagem que foram presos sob a suspeita de terem assassinado três pacientes que estavam internados em um hospital onde eles trabalhavam, em Taguatinga, no Distrito Federal. Eles administraram medicamentos na veia das vítimas, provocando paradas cardíacas fatais em pacientes que estavam na UTI (O QUE SE SABE, 2026).

Na mesma esteira, um enfermeiro do Hospital de Urgência de São Bernardo do Campo foi afastado da unidade após denúncias apontarem que ele agrediu dois pacientes internados, sendo um deles de 84 anos (ENFERMEIRO, 2026).

4. Responsabilidade penal dos profissionais de saúde

Não existe no ordenamento jurídico brasileiro um tipo penal específico para “crime de erro médico”, o que não significa que a conduta praticada não seja passível de condenação e aplicação de pena. No entanto, será preciso adequar o crime à legislação penal existente e verificar se a conduta do profissional de saúde foi culposa ou dolosa, isto é, se houve ou não, a intenção de produzir o resultado.

Construímos, ao longo desse artigo, que a relação com os profissionais de saúde é, essencialmente, de confiança, portanto, não pode haver excessos, abusos, violações ou modificar, unilateralmente, o dever de cuidar do paciente e lhe conferir a melhor qualidade de vida ou tratamento objetivando sua plena recuperação, para dar azo a um prazer pessoal, uma satisfação momentânea ou qualquer conduta diversa do contratado.

Assim, quando houver desvio e o resultado for um crime, há a necessidade de responsabilizar penalmente os culpados, independentemente, da existência ou não da previsão normativa do crime no ordenamento penal brasileiro.

Aqui tratamos, por exemplo, de violência obstétrica, que não possui um tipo penal próprio, ainda que tramite na Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei 1763/2025 para tipificar o crime, estabelecendo penas que variam de detenção a reclusão por até 15 anos, dependendo da gravidade da lesão. Sua ausência normativa não impede uma responsabilização pelos crimes já previstos em lei, tais como: lesão corporal, maus tratos, difamação, dentre outros.

No caso da responsabilização penal do profissional de saúde, como dissemos, ela pode ocorrer na forma culposa ou dolosa. Para aquelas em que não há intenção do resultado se verifica a negligência, imprudência ou imperícia, nos mesmos moldes da responsabilidade civil. Para essa modalidade temos mais frequentemente: homicídio culposo (art. 121, parágrafo 3º, CP); lesão corporal culposa (art. 129, parágrafo 6º, CP); omissão de socorro (art. 135, CP) e violação de segredo profissional (art. 154, CP).

A principal diferença da responsabilidade civil para a responsabilidade penal é que a primeira é uma reparação com dever de indenizar, seja por negligência, imprudência ou imperícia. Já a responsabilidade penal não há como reparar um homicídio, uma violência ou um estupro com mensuração do pagamento de dinheiro, como forma de indenização. O dano é maior do que um valor econômico a se receber, então, temos a aplicação de uma cominação legal, que pode ser restritiva de liberdade, através da prisão, restritiva de direitos ou pecuniária (aplicada cumulativamente ou não).

A jurisprudência brasileira é vasta em condenações a profissionais de saúde, seja na modalidade culposa ou dolosa e não iremos colacionar ou empilhar jurisprudências para demonstrar sua ocorrência, porque, o que aqui nos importa, é destacar a possibilidade da responsabilidade penal dos profissionais de saúde e não ficar adstrito à reparação civil e ao dever de indenização. E o Judiciário tem admitido ambas as responsabilidades.

Ao Direito Penal cabe proteger os bens jurídicos, seja o patrimônio, a liberdade ou a vida para que o autor do dano possa ficar em apartado da sociedade, a fim de poder se ressocializar e retornar ao convívio social.

Como foi dito, os profissionais de saúde possuem uma relação de confiança com o paciente que, na maioria das vezes, está em situação de vulnerabilidade e não pode, de forma alguma, ser abusado, maculado, violentado, agredido ou morto seja por negligência, imprudência ou imperícia dos profissionais de saúde ou porque eles decidiram produzir e querer o resultado.

Um paciente não pode ser estuprado pelo profissional que fora contratado para realizar uma troca de prótese de silicone nos seios, por exemplo. Tampouco, pode uma pessoa em coma ficar grávida porque foi estuprada por um enfermeiro que ali está para garantir apenas e tão somente o seu bem estar.

Isso sem falar nos tipos variados de violência dos quais nos ocupamos anteriormente. Um paciente, independente de sua enfermidade, merece respeito e um tratamento digno ao confiar sua saúde, integridade e a própria vida aos profissionais de saúde.

O ser humano é infalível? Não, e está sujeito a erros e acertos, o médico, enfermeiro ou anestesista fazem parte desse contexto, porém, quando cometem falhas, desde que não seja de propósito, também devem responder civil ou penalmente por sua conduta. Uma operação em que o cirurgião esquece um objeto no corpo do paciente, por exemplo, é um erro, passível de reparação civil, porém, se o mesmo veio a óbito por conta disso, aí a responsabilidade também deve ser penal, independente da civil.

Já para os casos dolosos, em que os crimes foram praticados com a consciência do resultado, os profissionais de saúde ainda podem ser responsabilizados com as concernentes agravantes penais, quando previstas em lei, em virtude da intenção de produzir o dano.

No ordenamento jurídico pátrio não se nota a necessidade da criação de um tipo penal para o erro médico doloso ou culposo, o que se vê é aplicação das penas diante dos crimes cometidos, com dolo ou culpa, na proporção da contribuição com o resultado.

E, por fim, importante destacar que, independente da reponsabilidade civil ou penal dos profissionais de saúde, ainda responderão por suas condutas perante seu órgão de classe para análise ética de suas ações, o que pode implicar no impedimento de clinicar.

Conclusão

A medicina segue evoluindo e se modernizando. A tecnologia vem sendo incorporada ao cotidiano para auxiliar em diagnósticos, tratamentos e cirurgias. Inteligência artificial, robótica, telemedicina, novos equipamentos, modernização de centros cirúrgicos são apenas algumas das inovações incorporadas.

Mesmo com todo esse novo aparato, a figura central segue sendo a do médico e sua importância com os pacientes segue inata. Por isso, a construção da relação vai muito além de um diagnóstico: conhecimento técnico, empatia, bom tratamento, experiência, acolhimento e tem até os que acreditam que a "energia tem de bater" são elementos que erigem a relação médico e paciente no momento de vulnerabilidade, de incertezas, por vezes de fragilidades, que fazem a presença do profissional ser importante para que a confiança no tratamento e na recuperação aconteça.

E, como em todas as profissões, temos os bons, os medianos e os ruins profissionais da saúde, os que se importam com o paciente, sua melhora e recuperação, os que os veem apenas como um número, uma estatística ou com a frieza da indiferença e, por fim, alguns que enxergam o paciente como uma oportunidade.

Nem todos os profissionais de saúde se importam com o juramento de Hipócrates, em fazer o bem, ser e agir com ética, guardar e respeitar o sigilo profissional e, principalmente: valorizar a vida daquele que está sob seus cuidados. Com isso, erros acontecem, procedimentos errados, equivocados, problemas, comportamentos indevidos, inclusive crimes são praticados, deliberadamente ou não.

Para os erros, em geral, o Direito possui a responsabilidade civil e a possibilidade de indenização como forma de reparação do dano. Porém, se o erro resulta em uma incapacidade permanente, uma lesão, um dano, ou até em óbito não se trata de reparação e sim de responsabilização e, para tanto, o Direito Penal deve aplicar as sanções para o resultado praticado pelos profissionais de saúde e avaliar sua culpabilidade, inclusive na esfera da intenção ou não de produzir o resultado.

Na mesma esteira temos os crimes, aos quais não se contesta a intenção e sim há o aproveitamento da situação de vulnerabilidade do paciente para a consumação de um estupro, de uma violência emocional, psicológica, obstétrica, a violação da linha que separa a ética da inviolabilidade do corpo e da mente do paciente. Para esses, a

responsabilidade penal também deve ser aplicada, independentemente do que acontecerá, quando do julgamento de suas ações pelo seu órgão de classe acerca da eticidade de seu comportamento, que pode, inclusive, impedir sua continuidade no exercício da profissão.

A vida, a integridade física e a ética são valores que não podem ser maculados e a reparação econômica não é suficiente, portanto, a justiça deve aplicar a são e a respectiva pena pelo comportamento equivocado do profissional de saúde que desviou sua finalidade de proteger o paciente e zelar pelo melhor tratamento possível para sua pronta recuperação.

REFERÊNCIAS

ALVES, Thays Cristine Cardoso; SOUZA, Leonardo Rodrigues de. **Análise do crime de estupro de vulnerável**. Disponível em: http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/791. Acesso em 5 de março de 2026.

CFM NORMATIZA USO DA IA NA MEDICINA. Conselho Federal de Medicina. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-normatiza-uso-da-ia-na-medicina. Acesso em 5 de março de 2026.

CORREIA-LIMA, Fernando Gomes. **Erro médico e responsabilidade civil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí, 2012.

ENFERMEIRO É AFASTADO DE HOSPITAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO APÓS DENÚNCIA DE AGRESSÃO A PACIENTES. Disponível em: https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2024/10/22/enfermeiro-e-afastado-de-hospital-de-sao-bernardo-do-campo-apos-denuncia-de-agressao-a-pacientes.ghtml. Acesso em 5 de março de 2026.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. 15ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

GONÇALVES, Antonio Baptista. **Testamento Vital**. Estadão. Disponível em: https://www.estadao.com.br/politica/blog-do-fausto-macedo/testamento-vital. Acesso em 5 de março de 2026.

LOTTENBERG, Cláudio; SILVA, Patrícia Ellen da; KLAJNER, Sidney. **A revolução Digital na Saúde: como a inteligência artificial e a internet das coisas tornam o cuidado mais humano, eficiente e sustentável**. São Paulo: Editora dos Editores, 2019.

Marcus HJ, Ramirez PT, Khan DZ, Layard Horsfall H, Hanrahan JG, Williams SC, et al. **The Ideal framework for surgical robotics: development, comparative evaluation and long-term monitoring**. Nat Med. 2024;30(1):61-75.

NASCIMENTO, Anna Carolina Barcellos Coutinho do; BAPTISTA, Gabriel Araújo Gusmão; ROCHA, Giulia Alves Filippozzi; FERREIRA, Hugo Angelo de Marins; BIASOTTO, Ingrid Barros; NOGUEIRA, Joyce de Almeida; PINA, Nathalia Rodrigues Leão; SABDIN, Pedro; MARIZ, Raphael de Freitas Lima Aguiar. **Erro médico e prevenção de ações judiciais: Análise dos deveres anexos na relação médico-paciente para além da assistência técnica**. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 4, p. 8717-873, 1° jul./ago. 2020.

O QUE SE SABE SOBRE O TRIO DE ENFERMEIROS SUSPEITOS DE MATAR TRÊS PACIENTES NO DF. Revista Veja, 20 de janeiro de 2026. Disponível: https://veja.abril.com.br/brasil/o-que-se-sabe-sobre-o-trio-de-enfermeiros-suspeitos-de-matar-tres-pacientes-no-df. Acesso em 5 de março de 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, OMS. RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE VIOLÊNCIA E SAÚDE 2002. Disponível em: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf. Acesso em 4 de março de 2026.

RIO TEM UM ESTUPRO EM HOSPITAL A CADA 14 DIAS; CIDADE ONDE ANESTESISTA FOI PRESO É A QUINTA COM MAIS CASOS. Jornal O Globo, disponível em: https://oglobo.globo.com/rio/noticia/2022/07/rio-tem-um-estupro-em-hospital-a-cada-14-dias-cidade-onde-anestesista-foi-preso-e-a-quinta-com-mais-casos.ghtml. Acesso em 5 de março de 2026.

SANTOS, Andreza Santana. **Uma análise de violência obstétrica à luz da teoria do bem jurídico: a necessidade de uma intervenção penal diante da relevância dobem jurídico tutelado**. Trabalho de conclusão de Curso – Faculdade de Direito. Universidade Federal da Bahia, 2018.

VELOSO, Roberto Carvalho; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. **Reflexos da responsabilidade civil e penal nos casos de violência obstétrica**. Revista de Gênero, Sexualidade e Direito. Minas Gerais, v. 2, n. 1, p. 18 -37, jan./jun.2016.