

AS REDES SOCIAIS E A ATIVIDADE MÉDICA

SOCIAL NETWORKS AND MEDICAL ACTIVITY

Fernanda Gonçalves Galhego Martins*

Resumo: O presente excuro pretende abordar os aspectos deontológicos e as questões jurídico-penais afetas à criação e à gestão de perfis médicos com conteúdo profissional em redes sociais.

Palavras-chave: Redes Sociais. Deontologia Médica. Direito Penal Médico. Exercício Ilegal Da Medicina. Segredo Médico.

Abstract: This study analyses the deontological aspects and the legal-criminal issues related to the creation and management of medical profiles with professional content in social networks.

Keywords: Social Networks. Medical Deontology. Medical Criminal Law. Illegal Exercise Of Medicine. Medical Secret.

* Doutoranda e Mestre em Direito Penal pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, pós-graduada em Direito Público e em Direito da Farmácia e do Medicamento, graduada em Direito pela PUC-RJ, advogada.

1 A MEDICINA E AS REDES SOCIAIS

As ferramentas de comunicação em massa e as redes de compartilhamento de dados ajudam, inquestionavelmente, a desmistificar a atividade médica e a estreitar a relação entre o profissional de medicina e o paciente. O uso associado de ambas aproxima ainda o indivíduo comum, e leigo em medicina, de práticas dantes distantes e de um cenário perspectivado, outrora, como improvavelmente ou nada atraente para ser virtualmente acompanhado a título de mero entretenimento.

O levantar dos panos traz à luz novas possibilidades. A veiculação aberta, em redes sociais, de medidas e de procedimentos, que até então se encontravam afastados e salvaguardados do olhar de terceiros pelas paredes de salas e consultórios, enuncia ao público geral novas e, por vezes, sedutoras possibilidades para quem busca e para quem precisa de determinados cuidados.

Essa nova fase parece marcada, por assim dizer, pela abertura da prática da medicina – com a maior difusão das imagens de procedimentos e tratamentos e com o aumento da informação disponibilizada pelos próprios profissionais de medicina – e também por uma visão mais humana e realista da figura do médico. Ambos os fatores se veem propulsados pela facilidade do acesso e troca de informações entre profissionais de saúde e o público geral, pela possibilidade de estreitamento da relação médico-paciente e pela diluída ou, de certa forma, decifrada difusão do conhecimento científico, traduzido ou enunciado numa linguagem próxima do leitor comum.

Os novos caminhos desbravados ajudam, intencionalmente ou não, a superar o distanciamento ou um suposto endeusamento da atividade médica e, dessa forma, ensaiam novas vias de soluções para problemas há tempos estimados. A ampliação das possibilidades de comunicação se mostra benéfica à relação médico-paciente na medida em que favorece, por exemplo, a troca de informações e a oferta de esclarecimentos, apoiando, num primeiro plano, a atividade terapêutica – sem limitar, todavia, suas repercussões somente a esse contexto.

Os efeitos gerados pelo uso das ferramentas de comunicação vão além da relação bilateral. Eles, como se pode, desde já, notar, alcançam outros indivíduos e inauguram uma relação nova e estranha àquela usualmente desenvolvida entre o

médico e o seu paciente, e que se verifica, sobretudo, no âmbito das postagens realizadas em redes sociais.

As novas formas de contato ampliam o feixe de ouvintes e, com isso, criam dinâmicas com diversos interlocutores. O profissional de saúde interage com o público geral, e essas multilaterais relações geram, como era de se esperar, algumas questões colaterais que parecem inafastáveis mesmo para as comunicações mais simples: até que ponto e de que forma pode se desenvolver **(a)** o compartilhamento e divulgação de imagens e métodos afetos a procedimentos e práticas médicas, **(b)** os aconselhamentos gerais oferecidos às dúvidas lançadas por um sujeito não previamente examinado, **(c)** os esclarecimentos genéricos prestados a um público diversificado, **(d)** a partilha de imagens dos resultados já alcançados por indivíduos determinados, **(e)** ou a oferta dos serviços associados e enunciados.

A dificuldade de encontrar uma fórmula adequada ao desenvolvimento saudável dessa interação social certamente não se limita ao elenco de preocupações supratracejado. A multiplicidade de agentes e de informações susceptíveis de serem virtualmente compartilhadas colocam a impossibilidade fática de prever todas as circunstâncias, situações e repercussões passíveis de advir desse contexto.

O exame do presente cenário oferece, no entanto, algumas constantes. Esse modelo de contato virtual apresenta um eixo central que se constitui, por assim dizer, pelos dados disponibilizados pelo médico sobre si mesmo – como a sua formação e especialidades – e os diretamente ligados a sua atividade laboral – conhecimento científico e prática diária compartilhada –, cuja presença parece, a priori, inafastável quando se fala na criação e gestão de um perfil médico em redes sociais, e que, por essa razão, ora se sujeitam a um exame mais apurado.

2 O MÉDICO E AS FERRAMENTAS DE COMUNICAÇÃO

As palavras inicialmente traçadas evidenciam, desde já, as repercussões trazidas pelo uso das ferramentas de comunicação em massa para a costumeira relação médico-paciente e para terceiros que desta não participam. O plano virtual viabiliza novas e multilaterais comunicações, faculta ao médico a possibilidade de interagir com um público mais amplo e apresentar e divulgar, num contexto aberto,

informações de cunho pessoal e profissional que passam a ser amplamente compartilhadas.

A criação e gestão de perfis sociais por profissionais de medicina consolida, então, novas formas de contato e de disseminação da informação. E, como não poderia deixar de ser, nessa atual relação desenvolvida com público geral, os participantes têm, via de regra, liberdade para interagir e se sujeitam às consequências de seus atos, aos ônus e aos bônus advindos de suas condutas para com os demais, tal como ocorre fora do cenário virtual.

O contexto examinado se volta para o mesmo horizonte legal. As regulamentações jurídicas e médico-deontológicas alcançam inclusive o material exposto através das redes sociais, a forma e teor do conteúdo veiculado e divulgado pelo profissional de medicina e dirigido, já não mais para apenas um paciente, mas sim, para um público maior e nem sempre determinável, que acede aos dados por aquele postados sobre si próprio e a sua ciência.

2.1 As informações sobre o próprio médico

A opção pela criação e manutenção de um perfil individual com a divulgação da sua atividade laboral implica para o médico a observância das normas e diretrizes de conduta profissional previstas pelo setor. Estas se aplicam inclusive às redes sociais de compartilhamento de dados e às ferramentas de comunicação similares, impondo-se, portanto, às novas formas de interação multilateral virtualmente proporcionadas¹.

A transparência e veracidade no que diz respeito às informações divulgadas sobre si mesmo parece uma necessidade óbvia. E, mesmo que assim não fosse, o Código de Ética Médica expressamente assinala ser vedado aos médicos anunciar os “títulos científicos que não possa comprovar” e a “especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina”².

¹ A título de exemplo, é possível citar a exigência de incluir, “em anúncios profissionais de qualquer ordem”, o número do CRM, com o Estado da sua inscrição. Art. 117 do Código de Ética Médica/Resolução CFM n.º 2.217, de 01 de Novembro de 2018. (BRASIL, 2018, p. 182).

² Art. 114 do Código de Ética Médica/Resolução CFM n.º 2.217, de 01 de Novembro de 2018. (BRASIL, 2018, p. 181).

A especialização comunicada há de corresponder a uma especificamente reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)³ e registrada no Conselho Regional de Medicina (CRM). Isto quer dizer que um curso ou aprimoramento técnico que não seja reconhecido não se confunde, e, desde logo, não deve ser divulgado sob o título de especialidade⁴.

Caso o profissional opte pela comunicação de titulações não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e de cursos técnicos que tenha realizado, esta veiculação há de ser feita com cautela para não induzir, mesmo que não intencionalmente, terceiros em erro. Isso porque não se pode deixar de ter em conta a fronteira tênue muitas vezes presente entre a designação de uma determinada habilidade ou formação e a nomenclatura empregue por especialização reconhecida, o que, inquestionavelmente, possibilita que a comunicação das primeiras fomente alguma confusão para o leitor/ouvinte leigo, que desconhece as especificidades da profissão.

De forma a evitar uma indesejada confusão, a comunicação das especialidades reconhecidas e efetivamente detidas pelo profissional deve ser clara. E, nessa ordem de ideias, as demais titulações porventura existentes, se enunciadas, demandam um maior esclarecimento que pode incitar a menção conjunta da especialidade médica reconhecida detida pelo profissional ou, em caso de ausência desta, da titulação geral pertencente ao profissional de medicina mencionado.

Um exemplo ajuda a ilustrar a relevância da questão. Imagine um médico generalista que tenha realizado uma pós-graduação em Medicina Estética. Essa nomenclatura não reflete uma especialidade médica reconhecida pelo CFM, não está presente em sua listagem oficial. Noutras palavras, não existe a qualificação

³ A especialização médica pode ser definida como o “núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão biopsicossocial do indivíduo e da coletividade.” art. 1º, § 1º da Portaria 01/2016 constante no Anexo da Resolução da CFM n.º 2.148/2016. (BRASIL, 2016, p. 106).

⁴ As especialidades médicas encontram-se enumeradas no art. 1º da Portaria CME n.º 01/2018 constante na Resolução CFM n.º 2.221/2018. (BRASIL, 2018, 179).

<<especialista em medicina estética>>⁵, e, obviamente, tampouco o curso de pós-graduação poderia ser considerado conferente desse título⁶⁻⁷.

Agora imagine ainda que esse médico hipotético realize, como as suas informações deixam antever, uma série de procedimentos estéticos, como aplicação de toxina botulínica para fins estéticos ou a colocação de fios de sustentação facial⁸. Diante desse conjunto de dados, a mera comunicação de que se trata de um <<especialista em medicina estética>> pode induzir o leigo – leitor da informação – a crer que se trata de um profissional com especialização em cirurgia plástica ou em dermatologia – estas sim especialidades médicas existentes⁹ e cuja existência parece ser de conhecimento geral.

As diretrizes profissionais são suficientemente claras no que diz respeito à comunicação das especialidades médicas e, como se não bastasse, textualmente ainda vedam aos médicos a divulgação e o anúncio de especialidades ou áreas de atuação que não sejam formalmente reconhecidas¹⁰⁻¹¹. Elas ajudam a determinar um cenário ideal, da adequada comunicação das especializações, e, por essa via, também a denotar, através do seu elenco taxativo normativamente enunciado, a publicação de dados, de certo modo, questionáveis, atinentes às qualificações, e/ou a indevida comunicação dos títulos profissionais.

Com efeito, ainda que, como no caso do exemplo ofertado, a informação veiculada possa conduzir o leigo a uma errônea interpretação, ela não evidencia por

⁵ Como deixa claro o art. 1º da Portaria CME n.º 01/2018 constante na Resolução CFM n.º 2.221/2018. (BRASIL, 2018, 179).

⁶ Os requisitos necessários se apresentam nos arts. 5º e sgts da Portaria CME n.º 01/2016, constante no Anexo da Resolução CFM n.º 2.148/2016. (BRASIL, 2016, p. 106).

⁷ O art. 3º, I da Resolução da CFM n.º 1.974/2011, veda o anúncio de “pós-graduação realizada para a capacitação pedagógica em especialidades médicas e suas áreas de atuação, mesmo que em instituições oficiais ou por estas credenciadas, exceto quando estiver relacionado à especialidade e área de atuação registrada no Conselho de Medicina” – podendo, todavia, o médico ainda “anunciar os cursos e atualizações realizados, desde que relacionados à sua especialidade ou área de atuação devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina, nos termos do art. 4º, parágrafo único, do mesmo diploma. (BRASIL, 2011, não paginado).

⁸ O exemplo dos cuidados estéticos se deve, sobretudo, pela curiosidade que esse âmbito e esse tipo de postagem suscita.

⁹ Art. 1º, A, n.º 13 e 18, respectivamente, da Portaria CME n.º 01/2018 constante na Resolução CFM n.º 2.221/2018. (BRASIL, 2018, 180).

¹⁰ Art. 17 da Portaria CME n.º 01/2016, constante no Anexo da Resolução CFM n.º 2.148/2016. (BRASIL, 2016, p. 106).

¹¹ O parágrafo único do dispositivo supramencionado estabelece ainda que o médico “só poderá fazer divulgação e anúncio de até duas especialidades e duas áreas de atuação, desde que registradas no CRM de sua jurisdição”. (BRASIL, 2018, 179).

si só uma violação aos preceitos deontológicos aplicados à profissão. A princípio, o médico habilitado para o exercício da medicina não se vê proibido de praticar atos geralmente relacionados como levados a cabo por detentores de uma determinada especialidade – para além de dados atos não serem considerados exclusivos dos especialistas, a publicação sobre a realização de uma prática para a qual não possui especialização tampouco demarca ou sinaliza formalmente a área de atuação daquele profissional, nomenclatura essa que diz respeito a uma categoria própria de organização, que se encontra subordinada a uma ou mais especialidades médicas (e não apenas ao espectro de atos que um determinado médico pratique)¹².

Ademais, sem estabelecer diagnósticos genéricos prévios, não se nega que o profissional habilitado para o exercício da medicina possa estar efetivamente apto para a prática dos atos que enuncia. Muito embora a especialidade médica indique um conhecimento a mais, uma presunção de que o indivíduo seja capacitado para o desempenho de determinados atos, nada impede que, na prática, o médico que não detenha a primeira possa estar efetivamente preparado para executar procedimentos correlatos àquela – como no caso do exemplo, através de uma pós-graduação.

O cenário hipotético apresentado pode ser ainda analisado sob outra perspectiva. Fora o aspecto deontológico, a atenção do aplicador do Direito Penal deixa emergir ainda mais uma questão: se este médico está a agir de forma a <<exceder>> os limites da sua profissão. Isto é, se o título de especialista constitui um limite à prática de determinados atos médicos, e se, sendo assim, pode ser considerada tipicamente relevante a conduta de quem não o detém e leva a cabo uma intervenção caracteristicamente ligada a determinada especialização.

A dúvida se apresenta em razão da redação do art. 282 do Código Penal (BRASIL, 1940, não paginado). Isso porque este tipifica o exercício ilegal da profissão, mas também o seu exercício abusivo, isto é a sua prática fora de determinados limites, que estariam previamente traçados para o desempenho da medicina.

¹² Anexo I da Resolução da CFM n.º 1634/2002: A área de atuação diz respeito à “modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas”, “derivada e relacionada com uma ou mais especialidades.” (BRASIL, 2002, não paginado).

Em ambas as situações supramencionadas, a norma faz referência a um sujeito em particular: o médico. A utilização dessa denominação traça o primeiro corte no tipo, pois ela fica a depender, naturalmente, da formação científica do indivíduo, uma vez que é considerada “privativa do graduado em curso superior de Medicina reconhecido”, nos termos do art. 6.º da Lei n.º 12.842/13. (BRASIL, 2013, não paginado).

O tipo penal engloba, no entanto, dois comportamentos típicos diferentes. O primeiro se refere ao exercício ilegal dessa profissão. Nesse caso, a descrição típica abrange a prática da atividade profissional por quem não pode ser denominado como médico ou não tem a autorização legal para o desempenho da medicina – duas circunstâncias que não são necessariamente iguais.

A primeira situação tratada pela norma atinge, por exemplo, o leigo ou aquele que não terminou o curso de medicina. O agente do delito há, contudo, de exercer a atividade em caráter de habitualidade, o que se dá com a prática reiterada de certos comportamentos, com a repetição frequente de atos que não podem ser considerados isoladamente, o que pode se dar, por exemplo, com “a persistência ou continuidade num dado tratamento” – pois, obviamente, que, “não seria razoável que caísse sob a alçada duma lei repressiva o enfermeiro ou a pessoa de família que se limita ao simples papel de cumprir as prescrições médicas” (RIBEIRO, 1926, p. 381) ou a pessoa que se limita a aconselhar superficialmente um conhecido sobre um problema de saúde que também tem ou que lhe é conhecido¹³.

A norma se refere ainda a outra situação: a falta de autorização para o exercício da medicina. Isto claramente ocorre com os sujeitos referidos no parágrafo anterior, mas nem sempre o cenário apresenta soluções tão evidentes, como pode suceder, por exemplo, com alguns graduados ou com profissionais formados noutros países.

De fato, não se nega que a denominação «médico» possa ser atribuída, de um modo geral, ao graduado em medicina. Todavia, a conclusão da formação básica profissional – isto é, do curso de medicina propriamente dito – não basta para permitir o exercício legal dessa atividade. A autorização para tanto fica a depender

¹³ Vale observar que o tipo penal se refere à «profissão de médico» e, de fato, esta “é forma de atividade habitual, exercida por alguém, geralmente como modo e meio de vida.” (DELMANTO; DELMANTO JUNIOR, 1998, p. 480).

de outra condição: o registro profissional – ou, mais especificamente, nos termos legais, o registro do diploma e a inscrição no Conselho Regional de Medicina¹⁴.

A habilitação técnica e teórica soma-se, então, à necessidade de cumprir a exigência legal prevista no art. 6.º da Lei n.º 12842/13, no art. 17 da Lei n.º 3.268/1957 e no Preâmbulo, III do Código de Ética Médica/Resolução CFM n.º 2.217, de 01 de Novembro de 2018¹⁵⁻¹⁶. A relevância dessa atividade e os perigos que lhe são inerentes justificam essa acrescida preocupação com a saúde pública e a fixação das condições legais para o exercício da profissão de médico.

Ainda tendo em consideração o caso delineado no exemplo anteriormente sugerido, nada leva a crer que se trate de um leigo ou de alguém sem registro no CRM. E, obviamente que, em se tratando de um profissional graduado e devidamente inscrito no órgão competente, não se pode falar da primeira parte do art. 282 do Código Penal. Ele possui não só a habilitação profissional como também a autorização legal para exercer a profissão, cuja falta – essa sim – determinaria a subsunção da conduta à modalidade típica mencionada.

O caso seria diverso, todavia, se o médico não estivesse legalmente autorizado para a prática da atividade. Imagine que se trata de um profissional penalizado com a cassação do registro ou que realizou sua formação noutro país e somente nele encontra-se inscrito¹⁷ – se o médico desatende a determinação legal, se pode falar, a princípio, em exercício ilegal.

A exclusão da aplicação da primeira parte do art. 282 não significa ainda que a conduta do médico hipotético supramencionado não possa se subsumir ao tipo ora tratado. O dispositivo legal em tela prevê também outra situação. Como sinalizado, em sua segunda parte, ele descreve um crime próprio a ser praticado por médico – ou farmacêutico ou dentista –, cuja conduta proibida consiste em exceder, transpor, extravasar os limites da sua profissão.

¹⁴ Art. 17 da Lei n.º 3.268/1957. (BRASIL, 1957).

¹⁵ “Preâmbulo [...] III. Para o exercício da medicina, impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo estado, território ou Distrito Federal.” (BRASIL, 2018, p. 179).

¹⁶ Há de se observar também o art. 5, XIII da Constituição Federal de 1988, que prevê que “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, **atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.**” (BRASIL, 1988, não paginado, grifo nosso).

¹⁷ Cumpre alertar que tratados internacionais podem garantir o reconhecimento mútuo dos títulos e registros e, portanto, excepcionar a situação apresentada. (DELMANTO; DELMANTO; DELMANTO JUNIOR, 1998; DELMANTO et al., 2007).

Nas palavra de Cezar Roberto Bitencourt (2018, p. 429), esse “excesso no exercício da profissão estará caracterizado, por exemplo, quando o profissional pratica ato para o qual não possui formação nem autorização específica”. E, na visão do autor, isto se daria “no caso do médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM), que atua como especialista, como, por exemplo, **cirurgião plástico**, sem possuir a **formação adequada** nem título ou certificado a ela correspondente, devidamente registrado, que autorize o exercício da especialidade médica anunciada” – a menos que tal profissional tenha “realizado Curso de Pós-graduação, nessa especialidade, devidamente reconhecido pelos órgãos competentes.” (BITENCOURT, 2018, p. 429).

Se assim for, a seguir a posição sustentada pelo autor, pode-se chegar a duas conclusões: (a) a especialidade médica constitui um limite ao exercício da profissão; (b) este limite pode ser superado pela formação profissional. E, nessa lógica de ideias, o médico não estaria de fato excedendo os limites do exercício profissional se, em razão da pós-graduação, possuía formação prévia que lhe qualificava para a prática de tais atos.

A solução apresentada fomenta, todavia, alguns questionamentos: se a especialização traça os limites do exercício da medicina, como uma formação profissional que não se sujeita ao mesmo rigor, que não tem que cumprir as mesmas exigências preparatórias e que tampouco está subordinada a mesma fiscalização a que se submete uma especialização pode suprir tal exigência? Sem querer desmerecer o conhecimento médico porventura adquirido em formações complementares, se, como mencionado, o autor considera a especialização médica a regra geral para consolidar os limites da atuação profissional, não parece que uma formação submetida a um menor controle institucional possa se igualar a uma especialização devidamente regulamentada – e muito menos ser capaz de excepcionar a sua exigência, alargando esses supostos limites à prática da medicina.

Ademais, quando se retorna ao caso do exemplo, a pós-graduação cursada pelo médico hipotético apresentado não corresponde a uma especialidade reconhecida, e tampouco se encaixa na perfeição à exceção retratada pelo citado autor. Ela sequer se confunde e nem deve ser anunciada como especialidade, muito

embora não se negue que, efetivamente, possa ser capaz de preparar o médico para a realização das intervenções que enuncia.

Data venia ao entendimento do autor, o diagnóstico da situação não parece se avançar com tanta brevidade. A análise exposta apresenta algumas contraindicações ao endosso apressado à solução alardeada e recomenda, antes, o retorno ao exame da norma legal.

O tipo penal deixa transparecer que o médico – agente do delito – está efetivamente autorizado a exercer a medicina, mas a conduta tipificada na segunda parte não chega a determinar expressa e precisamente os «limites» profissionais a serem «excedidos». Isto é, ela nada dispõe sobre quais seriam os marcos aplicáveis à prática da atividade médica ou onde encontrá-los.

O tipo legal deixa transparecer algumas lacunas que precisam ser preenchidas. Trata-se, *in casu*, de uma norma penal em branco, que busca a completude noutras fontes, estas sim, supostamente, capazes de determinar o conteúdo e alcance dos limites traçados para a prática da medicina – e é justamente nesse ponto que podem ser suscitadas algumas controvérsias.

O apelo à norma penal em branco como técnica legislativa já é, por si só, discutível. Sobre ele recai “a suspeita de vulnerar o princípio da legalidade.” (GARCÍA RIVAS, 2005, p. 67), fomentando a insegurança jurídica – por não definir com absoluta clareza a conduta proibida –, o que se destaca sobretudo frente à ausência de uma expressa remissão legal à norma extrapenal – como se verifica no caso do art. 282.

Nesse dispositivo em particular, os critérios para precisar os contornos dos elementos normativos não foram previamente dispostos e, portanto, há de se buscar outras fontes capazes de preencher os espaços deixados em aberto. O caminho lógico para ajudar o intérprete a determinar os limites da atuação médica parece ser, então, a legislação aplicável à profissão¹⁸, uma norma ou regulamentação que estabeleça tais limites.

No que diz respeito à especialização, a própria categoria profissional fornece as devidas orientações. As disposições por ela estabelecidas não consagram um

¹⁸ Com efeito, tais limites podem se encontrar “fixados na legislação especial própria de cada profissão” e completar “a norma penal “em branco” desta modalidade” (DELMANTO; DELMANTO; DELMANTO JUNIOR, 1998, p. 481) e, no mesmo sentido Delmanto e outros autores (2007, p. 705).

limite de atuação vinculado à especialização que estabeleça uma vedação prévia ao desempenho profissional e nem elenca, de um modo geral, os atos àquela correlatos como exclusivos de determinados especialistas – e tampouco cabe ao intérprete fazê-lo.

O desenvolvimento da medicina, a constante necessidade de atualização profissional e a busca do melhor interesse da saúde do paciente parecem razões suficientes para também contraindicar o apelo a um elenco rígido de medidas ou procedimentos privativos de certa especialidade. E, ainda que assim não fosse, a possibilidade das classificações serem extintas ou alteradas e incorporadas umas nas outras poderia ainda proporcionar um certo desnível ou, ao menos, dificultar a diferenciação entre os limites traçados pela especialização porventura registrada e os determinados pela formação efetivamente realizada¹⁹ – o que, nesse último caso, há de se reconhecer, não representa, certamente, um problema insuperável.

O principal obstáculo para a assunção desse limite de atuação está mais a fundo, isto é, no esgarço da norma para criar uma vedação que não fora prevista. E, de todo modo, interpretar a especialização como limite à prática profissional, sem uma fundamentação normativa, uma regra previamente criada, que assim a consagre, parece uma interpretação que acabaria por aumentar demasiadamente o espectro de alcance do tipo penal²⁰, e, de certa forma, até por subvertê-lo, posto que a atuação sem especialização não extravasa o limite da profissão de médico.

A formação pessoal não se confunde com a profissão. E, se são os limites desta última que devem ser observados, uma interpretação restritiva indica que a conduta do médico hipotético do exemplo apresentado não se subsume à norma²¹.

O cenário seria outro, no entanto, se o profissional de medicina, independente de sua especialidade se valesse, por exemplo, da posição de médico para, habitualmente, levar a cabo intervenções ou tratamentos cuja prática lhe é

¹⁹ A título de exemplo, a medicina de urgência deixou de existir como especialidade e há atualmente a medicina de emergência. Art. 1, n.º 29 da Portaria CME n.º 01/2018 constante na Resolução CFM n.º 2.221/2018. (BRASIL, 2018, p. 179).

²⁰ Nem mesmo a legislação que dispõe sobre o exercício da medicina, Lei nº 12.842/2013, conhecida como a Lei do Ato Médico, foi tão longe e, com efeito, nada leva a crer que a especialização médica constitua um limite à prática da medicina. (BRASIL, 2013, não paginado).

²¹ No caso, o art. 282 do Código Penal, que pune a conduta de quem exerce, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites.

formalmente vedada²², para realizar suas vinganças pessoais²³ ou para testar suas próprias teorias às expensas da saúde de terceiros indevidamente instrumentalizados²⁴. Nesses exemplos, seria sim possível falar em exercício abusivo da profissão, posto que os seus limites, prévia e devidamente estabelecidos, foram dolosamente ultrapassados pelo discípulo de Galeno.

2.2 A informação médica e a informação partilhada pelo médico

As redes sociais e ferramentas de comunicação similares proporcionam uma maior aproximação entre o médico, que retrata a sua vivência profissional e, por vezes também, pessoal, e o público geral. Os próprios pacientes e, por vezes, um número nem sempre claramente determinável de pessoas passam a ter acesso a uma série de informações e imagens abertamente compartilhadas sobre práticas, intervenções e tratamentos anteriormente protegidos pelas estruturas hospitalares e consultórios.

Esse cenário gera, sem dúvida, efeitos positivos. A nova dinâmica de interação tem potencial para ajudar, conforme já mencionado, a desmistificar a atividade médica²⁵, a apresentar novas possibilidades e/ou esperanças para quem busca soluções para os seus problemas de saúde²⁶⁻²⁷, a elucidar dúvidas de leigos e dos próprios pacientes, e ainda a encurtar o istanciamento entre estes últimos e os

²² Nesse caso, vale lembrar o teor do art. 14, do Código de Ética Médica/Resolução CFM n.º 2.217, de 01 de Novembro de 2018, que veda ao médico: "Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País". (BRASIL, 2018, p. 180).

²³ Essa hipótese poderia ser consubstanciada também pela primeira parte do art. 30 do Código de Ética Médica/Resolução CFM n.º 2.217, de 01 de Novembro de 2018, que veda ao médico: "Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime." (BRASIL, 2018, p. 179).

²⁴ Nesse caso, importa mencionar o art. 24, do Código de Ética Médica/Resolução CFM n.º 2.217, de 01 de Novembro de 2018, que veda ao médico: "Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo". (BRASIL, 2018, p. 179).

²⁵ Isto se verifica, principalmente, nas páginas pessoais de médicos que não têm um conteúdo puramente profissional ou apenas postagens de cunho estritamente científicos.

²⁶ O uso de *hashtags* para se referir ao nome de certas técnicas e intervenções acaba por ser uma ferramenta útil para conectar o material compartilhado a quem busca informações sobre um determinado procedimento. Aquelas também acabam por ser um modo prático de tecer referências a determinados assuntos, e interligá-los, de forma mais leve e informal.

²⁷ A simples menção de técnicas ou intervenções ou a informação sobre um aparelho ou procedimento novo não reflete, por si só, necessariamente o ideal de publicitar esta ou aquela medida – o intuito pode ser tão somente informativo.

seus médicos²⁸, facilitando-lhes a comunicação²⁹ – que se estende para além do atendimento presencial³⁰⁻³¹.

Os mesmos remédios que propiciam a aproximação entre a prática da medicina e o público geral apresentam também efeitos menos positivos. Uma comunicação genérica ou generalizável, publicada em redes sociais ou plataformas similares, nem sempre se aplica à situação particular do leitor não examinado; o sujeito que lê uma postagem com conteúdo médico – muitas vezes – não detém os conhecimentos técnicos ou científicos necessários para interpretá-la adequadamente; e determinadas informações e, sobretudo, algumas imagens compartilhadas fomentam expectativas exageradas ou irreais, dificilmente alcançáveis ou realizáveis em terceiros.

Nenhuma postagem parece ser de todo inofensiva. A impossibilidade de afirmar verdades universais aplicáveis invariavelmente e por simples subsunção ao indivíduo comum, dotado de particularidades e vicissitudes, aumenta o perigo que uma informação genérica e nem sempre corretamente compreendida pode representar para a saúde de um sujeito não examinado – que, por exemplo, adota certas restrições alimentares ou suplementações por ter lido ou visto um determinado *post* médico que esclarece sobre as maravilhas de uma determinada substância ou tratamento –; e ainda contraindica que se assuma o risco dos esclarecimentos porventura prestados se assemelharem ou efetivamente se traduzirem numa consulta à distância a um paciente desconhecido e nunca examinado – que, por exemplo, adota certo tratamento farmacológico ou suplementação vitamínica a partir do aconselhamento médico recebido *online* ou

²⁸ A veiculação de imagens cotidianas em páginas pessoais – como, por exemplo, fotos de acontecimentos diários (como a caminho do consultório) ou em congressos – acaba por aumentar essa sensação de proximidade.

²⁹ Vale observar que o discurso empregue nessas plataformas sociais é, normalmente, bem mais informal do que o usualmente adotado no meio médico. E, sobretudo em páginas de cunho pessoal, a referência de forma coloquial, por exemplo, a um determinado procedimento que reflete tão somente a exposição do dia-a-dia do profissional torna a comunicação mais acessível a um maior número de pessoas.

³⁰ Essa comunicação de nenhum modo se presta a substituir uma consulta presencial, ela visa, de um modo geral, apenas esclarecer, afastar dúvidas ou confusões.

³¹ Em caso de perguntas, por exemplo, as respostas mais generalizadas parecem mais recomendadas para que tais interações não se assemelhem a uma consulta à distância de um sujeito não examinado ou de um paciente superficialmente acompanhado.

devido a uma experiência vivida por outrem e compartilhada pelo profissional de medicina.

O desafio à participação de profissionais de medicina em redes sociais, ou ferramentas similares, acresce justificadamente para os médicos que pretendam compartilhar informações sobre procedimentos, tratamentos, intervenções e técnicas médicas efetivamente realizadas. Isto porque, conforme se vê nas dinâmicas relatadas, estas envolvem ainda a veiculação de imagens, no todo ou em parte, ou de informações de um outro sujeito: o paciente, dotado de direitos e cuja intimidade e privacidade encontram guarita no sigilo profissional.

De um modo geral, a divulgação dos resultados alcançados encontra-se cercada de contraindicações. Nas publicações – do tipo – de “antes e depois”, por exemplo, a possibilidade da imagem ser, intencionalmente ou não, melhorada, de certos detalhes serem realçados ou alterado por *softwares* de imagem ou por recursos de luz, justifica, de um modo geral, o preventivo afastamento dessa prática, que se encontra, vale frisar, expressamente vedada pelo Conselho Federal de Medicina³²⁻³³ – cuja aplicação alcança indubitavelmente o uso dessas novas ferramentas de comunicação³⁴.

A atenção às normas deontológicas invoca um maior cuidado com o conteúdo da informação a ser compartilhada. O amparo ao sigilo profissional fundamenta ainda a vedação à “referência a casos clínicos identificáveis”, à exibição de pacientes ou de “imagens que os tornem reconhecíveis em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em meios de comunicação em geral, mesmo

³² O art. 13, § 3º dispõe ser “vedado ao médico e aos estabelecimentos de assistência médica a publicação de imagens do “antes e depois” de procedimentos” – a exposição da “figura de seu paciente como forma de divulgar técnica, método ou resultado de tratamento, ainda que com autorização expressa do mesmo (art. 3º, g da RESOLUÇÃO CFM n.º 1.974/11) –, ressalvando-se, entretanto, o caso “dos trabalhos e eventos científicos em que a exposição de figura de paciente for imprescindível”, para os quais “o médico deverá obter prévia autorização expressa do mesmo ou de seu representante legal” (tal como disposto no art. 10 do mesma Resolução). (BRASIL, 2011, não paginado).

³³ Ademais, nos termos do art. 13, § 4º da Resolução da CFM n.º 1.974/2011 (alterada pela Resolução da CFM n.º 2.126/2015), até mesmo a “publicação por pacientes ou terceiros, de modo reiterado e/ou sistemático, de imagens mostrando o “antes e depois” ou de elogios a técnicas e resultados de procedimentos nas mídias sociais deve ser investigada pelos Conselhos Regionais de Medicina.” (BRASIL, 2011, não paginado).

³⁴ O art. 13 da Resolução da CFM n.º 1.974/2011 se refere expressamente a essa questão em seu *caput* e no § 1º. (BRASIL, 2011, não paginado).

com autorização do paciente”³⁵; e impede o médico de “revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente” – e isto “mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido”³⁶ –, o que, numa primeira frente, ajuda a resguardar a imagem e a intimidade do indivíduo submetido aos cuidados médicos³⁷.

A tutela ao dever de confidencialidade médica não se restringe, todavia, apenas ao âmbito das obrigações deontológicas. A relevância da inviolabilidade do segredo profissional atrai também a atenção do Direito Penal, cuja proteção se revela na figura tipificada no art. 154 do CP – que, para os efeitos de que aqui se trata analisar, vem a punir a revelação, sem justa causa, de segredo de que se teve ciência em razão do exercício da profissão de médico.

As diretrizes deontológicas ajudam aqui a determinar aquilo que se insere no segredo profissional médico. Elas fornecem valiosas orientações para, ao menos em primeira linha, delimitar o objeto material do delito – mesmo que, no presente contexto, isto não seja suficiente para demarcar todo o alcance do tipo penal em tela.

A **violação dolosa do segredo profissional** há de ser ainda, necessária e cumulativamente, sem **justa causa**³⁸ e **potencialmente danosa**³⁹. A falta de um desses elementos acarreta, por óbvio, a atipicidade da conduta, o que acaba por limitar a esfera punitiva e a afastar a norma penal do conjunto de situações que lhe assemelhariam ao mero descumprimento de uma orientação deontológica.

³⁵ Art. 75 do Código de Ética Médica/Resolução CFM n.º 2.217, de 01 de Novembro de 2018. (BRASIL, 2018, p. 181).

³⁶ Art. 73, *caput* e parágrafo único Código de Ética Médica/Resolução CFM n.º 2.217, de 01 de Novembro de 2018. (BRASIL, 2018, p. 181).

³⁷ Nesse sentido também a vedação presente no art. 3º, *g* da Resolução da CFM n.º 1.974/2011 que fora anteriormente mencionado. (BRASIL, 2011, não paginado).

³⁸ Um justo motivo para a comunicação de segredo sabido através da profissão seria, por exemplo, uma obrigação imposta pela lei como a presente no art. 269 do Código Penal – no caso a razão da quebra do segredo seria, por exemplo, a exigência legal do médico comunicar doença grave, sob pena de punição –, situação esta que de nenhum modo se aplica ao presente contexto (postagens em redes e plataformas sociais). (GARCIA, 1949, p. 60).

³⁹ A tipicidade da conduta depende de uma violação dolosa do segredo médico que se dê sem justa causa e seja capaz de causar um dano a outrem. Como sinaliza, Basileu Garcia “o dano que se trata é potencial”, “não se exige a efetividade do prejuízo”, sendo bastante a sua potencialidade (GARCIA, 1949, p. 54).

O segredo violado há de ser, no contexto apresentado, do paciente, cujas imagens e/ou informações foram publicadas. A modalidade culposa, não punível, de modo algum parece pouco provável – não é certamente impossível – de ocorrer nesse cenário – seria, por sua vez, representada pelo caso, por exemplo, de uma publicação errônea, em que a imagem ou a informação foi postada equivocadamente por imperícia no manejo das ferramentas de comunicação.

A falta de justa causa parece não levantar muitas dúvidas quando se trata da veiculação de *posts* em ferramenta de comunicação de massa. Uma exceção imaginável seria em caso, por exemplo, de uma publicação determinada por ordem judicial sob pena de desobediência ou por força de lei, hipóteses essas que parecem pouco prováveis de ocorrer – mas que, como a realidade por vezes surpreende, valem ser mencionadas.

O conjunto de preocupações apresentado já seria, por si só, o bastante para justificar que a criação de uma página de uso pessoal pelo profissional de medicina, que tenha por fim veicular informações relativas à sua atividade, deva se cercar de alguns cuidados. No entanto, as postagens que não envolvam um paciente determinável também merecem uma maior atenção do próprio médico e, sem dúvida, se mostram capazes de atrair a atenção do jurista.

De um modo geral, a exigência de obedecer às normas editadas pelo Conselho Federal de Medicina se estende também às publicações realizadas pelo próprio médico, e isso mesmo que estas versem sobre si mesmo, sobre suas realizações e práticas diárias, e não mostrem um paciente assistido. O conteúdo de tais postagens pode se ver sujeito, por exemplo, às disposições regulamentares que estabelecem uma clara vedação às “imagens e/ou áudios que caracterizem sensacionalismo, autopromoção” – conceitos estes definidos no art. 9º, § 1 e 2 da Resolução da CFM n.º 1.974/2011⁴⁰ – ou concorrência desleal – cujas práticas podem ser exemplificadas também através de uma fonte legal ⁴¹⁻⁴².

⁴⁰ O § 1º, do dispositivo mencionado caracteriza como “autopromoção a utilização de entrevistas, informações ao público e publicações de artigos com forma ou intenção de: a) Angariar clientela; b) Fazer concorrência desleal; c) Pleitear exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos; d) Auferir lucros de qualquer espécie; e) Permitir a divulgação de endereço e telefone de consultório, clínica ou serviço.” O § 2º esclarece, por sua vez, o que deve considerar como sensacionalismo: “a) A divulgação publicitária, mesmo de procedimentos consagrados, feita de maneira exagerada e fugindo de conceitos técnicos, para individualizar e priorizar sua atuação ou a instituição onde atua ou tem

O uso das ferramentas de comunicação em massa para se relacionar com terceiros abre ainda o leque de situações potencialmente capazes de se subsumir a uma moldura penalmente típica. E, se, em primeira linha, as publicações caracterizadas no parágrafo anterior se encontram deontologicamente vedadas, em último termo, elas podem se submeter inclusive ao julgo do Direito Penal, através da proteção que este proporciona à propriedade intelectual⁴³, por exemplo, às marcas e ao *know how*, e também ao direito do consumidor – cujo enunciado normativo que assinala que a “natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo”⁴⁴⁻⁴⁵, de fato, não se mostra capaz de afastar por si só a aplicação do Código de Defesa do Consumidor à relação médico-paciente⁴⁶ –, em especial, no que diz respeito à veracidade das informações publicadas e

interesse pessoal; b) Utilização da mídia, pelo médico, para divulgar métodos e meios que não tenham reconhecimento científico; c) A adulteração de dados estatísticos visando beneficiar-se individualmente ou à instituição que representa, integra ou o financia; d) A apresentação, em público, de técnicas e métodos científicos que devem limitar-se ao ambiente médico; e) A veiculação pública de informações que possam causar intranquilidade, pânico ou medo à sociedade; f) Usar de forma abusiva, enganosa ou sedutora representações visuais e informações que possam induzir a promessas de resultados.” (BRASIL, 2011, não paginado).

⁴¹ Alguns exemplos de concorrência desleal podem ser encontrados no art. 195 da Lei 9.279/1996 – em que pese a especialidade legal e o âmbito de aplicação da mencionada legislação. (BRASIL, 1996, não paginado).

⁴² Nesse sentido, o art. 13, §4º, da Resolução da CFM n.º 1.974/2011 (alterada pela Resolução da CFM n.º 2.126/2015), aumenta a vigilância ao dispor que “a publicação por pacientes ou terceiros, de modo reiterado e/ou sistemático, de imagens mostrando o “antes e depois” ou de elogios a técnicas e resultados de procedimentos nas mídias sociais deve ser investigada pelos Conselhos Regionais de Medicina”. (BRASIL, 2011, não paginado).

⁴³ Regulamentada na Lei n.º 9.279/1996. (BRASIL, 1996, não paginado).

⁴⁴ Capítulo I, XX do atual Código de Ética Médica/Resolução CFM n.º 2.217, de 01 de Novembro de 2018. (BRASIL, 2018, 179).

⁴⁵ No mesmo sentido já dispunha o Capítulo I, Princípios Fundamentais, XX do revogado Código de Ética Médica / Resolução CFM n.º 1.931/2009. (BRASIL, 2009, não paginado).

⁴⁶ A aplicação da norma consumerista parte da caracterização da relação de consumo existente entre o médico e o paciente e, conseqüentemente, leva ao emprego do Código de Defesa do Consumidor aos aspectos emergentes de tal relação. A partir da definição de consumidor como <<**toda pessoa física** ou jurídica que adquire ou **utiliza** produto ou **serviço como destinatário final**>> (art. 2.º da Lei n.º 8.078/90, grifo ora apostro) e de fornecedor como <<**toda pessoa física** ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que **desenvolvem atividades de** produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou **prestação de serviços**>> (art. 3.º da Lei n.º 8.078/90, grifo ora apostro) – a qual é entendida como <<**qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração**, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de carácter trabalhista>> (art. 3, § 2.º da Lei n.º 8.078/90, grifo ora apostro) –; o paciente exerce o papel de consumidor, e o médico, de fornecedor do seu serviço – que pode englobar, por exemplo, a consulta, o acompanhamento clínico e uma série de intervenções médicas realizadas em razão da assistência. (BRASIL, 1990, não paginado).

publicitadas, os quais encontram também nesse particular cenário um evidente e fértil campo de aplicação.

O vasto teor de informações e as inúmeras possibilidades de imagens aventáveis e compartilháveis por meio das ferramentas de comunicação de massa contraindicam um *check-up* completo da matéria. Esses fatores colocam a dificuldade intransponível de prever todos os modelos comportamentais capazes de infringir as normas deontológicas e de atentar contra bens jurídicos particularmente caros ao direito penal, abrindo, em última análise, exponencialmente o leque de comportamentos potencialmente capazes de se subsumir a uma moldura penalmente típica – o que demove qualquer pretensão de tecer uma análise taxativa e exaustiva das condutas típicas perpetráveis nessa seara.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso das ferramentas de comunicação em massa para a veiculação de informações e imagens de natureza médica traz consigo alguns desafios para o profissional de medicina. A faculdade de postar acarreta para este o encargo de educar sem medicar, esclarecer sem consultar à distância um sujeito não examinado, se expor sem se autopromover, informar sobre produto ou serviço sem publicitar etc.

O exame da participação dos profissionais de medicina em redes sociais não consegue afastar uma certa dose de ambivalência. Se, por um lado, cada janela aberta parece apresentar uma resposta para uma necessidade existente, por outro, cada dado compartilhado também tem o potencial de criar uma – nem sempre benéfica ou anódina – necessidade ou uma solução para um problema que, não raro, nunca antes fora aventado, fomentando questões sobre as efetivas vantagens aportadas para os leigos que dela tomam conhecimento – que, ao fim, nem sempre têm as ferramentas necessárias para compreender a informação postada e tirar algum proveito do material disponibilizado.

A segurança da saúde de terceiros justifica algumas reservas com o conteúdo virtualmente compartilhado. De um modo geral, estas se revelam, em primeira linha, na preocupação com a veracidade e no controle do teor das informações providas pelos médicos, presentes nas diretrizes deontológicas, e, em

último termo, na tutela jurídico-penal aplicável e perfeitamente ajustável a esse cenário.

A dinâmica presente nas redes sociais não imuniza seus participantes das consequências de suas condutas. As normas legais encontram aplicação dentro e fora do cenário virtual, o que acaba, não só por comprometer uma análise taxativa e exaustiva das situações que podem ser colocadas por essa interação social virtual e se mostrarem deontologicamente reprováveis e/ou penalmente relevantes, como também, numa derradeira análise, por denotar a contraindicação à realização, nessa seara, de diagnósticos genéricos apressados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 05 jan. 2019.

BRASIL. **Lei no 3.268, de 30 de setembro de 1957**. Regulamento. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1957. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3268.htm. Acesso em: 05 jan. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm. Acesso em: 05 jan. 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996**. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9279.htm. Acesso em: 05 jan. 2019.

BRASIL. **Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013**. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm. Acesso em: 05 jan. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 5 jan. 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.634, de 11 de abril de 2002**. Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina CFM, a Associação Médica Brasileira – AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. [Brasília, DF]: CFM, 2002. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1634_2002.htm. Acesso em: 05 jan. 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1931, de 17 de setembro de 2009**. Aprova o Código de Ética Médica. [Brasília, DF]: CFM, 2011. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm. Acesso em: 05 jan. 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.974, de 19 de agosto de 2011**. Estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria. [Brasília, DF]: CFM, 2011. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1974_2011.htm. Acesso em: 05 jan. 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.148, de 22 de julho de 2016. Regulamenta o funcionamento da Comissão Mista de Especialidades (CME), composta pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), disciplinando o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 238, p. 106, 13 dez. 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 211, p. 179-182, 01 nov. 2018.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: parte Especial (arts. 213 a 311-A) crimes contra a dignidade sexual até crimes contra a fé pública. 12. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2018. v. 4.

DELMANTO, Celso; DELMANTO, Roberto; DELMANTO JUNIOR, Roberto. **Código penal comentado**: acompanhado de comentários, jurisprudência, súmulas em matéria penal e legislação complementar. 4. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Renovar, 1998.

DELMANTO, Celso et al. **Código penal comentado**: acompanhado de comentários, jurisprudência, súmulas em matéria penal e legislação complementar. 7. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

GARCIA, Basileu. Violação de segredo. **Revista da Faculdade de Direito**, Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 44, p. 51-67, 1 jan. 1949.

GARCÍA RIVAS, Nicolás. Influencia del principio de precaución sobre los delitos contra la seguridad alimentaria. **Revista de derecho penal y criminología**, Madrid, v. 2, n. 15, p. 55-94, jan. 2005.

RIBEIRO, Fernando de Almeida. Sobre o exercício ilegal da medicina. **Boletim da Faculdade de Direito de Coimbra**, Coimbra, Ano 9, n. 81/90, p. 379-420, 1926.