

JOANA MARA MEDEIROS DE CARVALHO

ERRO MÉDICO: PERFIL PROFISSIONAL

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina.

Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2008

JOANA MARA MEDEIROS DE CARVALHO

ERRO MÉDICO: PERFIL PROFISSIONAL

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina.

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Orientador: Prof. Dr. Wilmar de Athayde Gerent

Co-orientador: Prof. Dr. Edevard José de Araújo

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2008

Carvalho, Joana Mara Medeiros de.

Erro Médico: perfil profissional. / Joana Mara Medeiros de Carvalho – Florianópolis, 2008.
32p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina -- Curso de Graduação em Medicina.

Palavras-chave: 1. Erro Médico. 2. Artigo 29. 3. CREMESC.

DEDICATÓRIA

José Bittencourt Medeiros (*in memoriam*).

Difícilmente surgirá orquídea mais bela!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Geraldo Antônio de Carvalho e Rita de Cássia Medeiros de Carvalho, pelo apoio e incentivo incondicional, além de serem inigualáveis exemplos de vida.

À minha madrinha, Ruth Medeiros de Souza, e ao meu tio, João Batista de Souza, pela paciência e pelos sinceros (e ótimos) conselhos.

Ao meu padrinho, Antônio Medeiros, e à minha avó, Maria Fernandes Medeiros, pelo afeto e preocupação despendidos.

Aos meus irmãos, Paulo Medeiros Carvalho e Marcos Medeiros Carvalho, e à minha prima, Iara Medeiros de Souza, pela amizade e companheirismo.

Aos funcionários do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, pelo auxílio e acolhimento.

RESUMO

Introdução: O Erro Médico, alvo de atenção da mídia, é caracterizado no Código de Ética Médica – CEM - pela infração ao seu artigo 29, relacionado com imperícia, negligência e imprudência.

Objetivo: Determinar o perfil dos médicos relacionados ao artigo 29 do CEM no Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CREMESC).

Métodos: Os médicos condenados foram selecionados por sexo, tempo de atividade, registro de especialidade e origem universitária. Quanto à denúncia procurou-se saber: procedência, área de especialidade do procedimento envolvido, local da ocorrência, situação de urgência ou eletiva, denunciante, número de óbitos e situação atual do profissional envolvido.

Resultados: Foram 33 os médicos envolvidos na infração do artigo 29, a maioria do sexo masculino (96,97%), com tempo de atividade acima dos 15 anos (45,71%) e sem especialidade registrada (75,76%). 39,39% cursaram universidades do Rio Grande do Sul e 21,21%, de Santa Catarina. Os procedimentos mais frequentes estavam na área da Ginecologia e Obstetrícia (32,3%). As denúncias originaram-se em hospitais (64,5%) e por situações de urgência/emergência (61,3%). Os principais denunciadores foram os próprios pacientes (41,9%). Houve 16 óbitos.

Conclusões: O perfil do médico infrator se caracteriza pelo sexo masculino, com mais de 15 anos de atividade, sem especialidade médica registrada e formado no Rio Grande do Sul, atuando em hospitais, em procedimentos de urgência/emergência, na área de Ginecologia e Obstetrícia. Pacientes ou parentes foram os principais denunciadores.

Palavras-chave: Erro Médico; Artigo 29; CREMESC.

ABSTRACT

Introduction: The Medical Error, media target of attention, is characterized in the Code of Medical Ethics - CME - for the infraction to its article 29, related to incompetence, negligence and imprudence.

Objective: Determine the profile of the doctors related to the article 29 of the CEM in the Medical Regional Council of Santa Catarina State (CREMESC).

Methods: The sentenced doctors were selected by sex, time of activity, specialty register and university origin. In relation to the accusation it was looked for: origin, specialty area of the involved procedure, the occurrence place, situation of the elective or urgency, accuser, number of deaths and current situation of the professional involved.

Results: There were 33 doctors involved in the infraction of the article 29, the majority were male (96.97%), with time of activity above 15 years (45.71%) and without registered specialty (75.76%). 39.39% had attended the university of Rio Grande do Sul and 21.21% of Santa Catarina. The most frequent procedures were in the Gynecology and Obstetrics area (32.3%) and the denunciations were from hospitals (64.5%), for emergency situations (61.3%). The main accusers were patients (41.9%). There were 16 deaths.

Conclusions: The profile of the infractor doctor is characterized for the masculine sex, with more than 15 years of activity, without medical register specialty and in the majority from Rio Grande do Sul, acting in hospitals, emergency procedures, in Gynecology and Obstetrics area. Patients or relatives were the main accusers.

Keywords: Medical Error; Article 29; CREMESC.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
CEM	Código de Ética Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
CRM	Conselho Regional de Medicina
CREMESC	Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina
PEP	Processo Ético-Profissional
PEPs	Processos Ético-Profissionais

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	vii
SUMÁRIO.....	viii
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Definição e distinção do Erro Médico.....	1
1.2 Um pouco da história do Erro Médico.....	2
1.3 Conselhos de Medicina.....	4
1.4 A visão social do mau resultado.....	4
1.5 Justificativa.....	5
2 OBJETIVOS.....	6
3 MÉTODOS.....	7
3.1 Delineamento da pesquisa.....	7
3.2 Período da pesquisa.....	7
3.3 Perfil dos médicos.....	7
3.4 Condenações.....	8
3.5 Situação atual.....	8
4 RESULTADOS.....	9
4.1 Perfil do médico condenado no CREMESC pelo artigo 29.....	10
4.2 Condenações no CREMESC pelo artigo 29.....	10
4.3 Situação atual dos médicos condenados.....	11
5 DISCUSSÃO.....	12
6 CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

NORMAS ADOTADAS	28
ANEXOS	29
APÊNDICE	32

1 INTRODUÇÃO

A Medicina parece ser a profissão mais difícil de ser desempenhada, pois lida com que há de mais valioso para o ser humano: a sua saúde e a sua vida.¹ De acordo com o Código de Ética Médica, artigo 1º, Capítulo 1, compreende uma profissão a serviço da saúde do ser humano, devendo ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.²

O diploma do médico constitui uma comprovação do seu conhecimento técnico e de suas habilidades. No entanto, isso não significa que este agirá de modo diligente e ético. A sua moral profissional será demonstrada ao longo do tempo. O risco do dano a outrem, inerente a atuação médica, deve ser uma preocupação do bom profissional.¹

Enquanto profissão, a Medicina sempre esteve acompanhada pelo cuidado com a conduta ética dos que a praticam. A Medicina consiste em ciência e arte. Como ciência, precisa de conhecimentos técnicos e como arte, de uma conduta correta ao realizar intervenções em seu sujeito e não objeto de trabalho: o ser humano. Sendo assim, possui um caráter relacional mediador de desejos, paixões e afetos.³

O interesse em torno da Medicina e a análise de seu comportamento é aceitável. Os erros cometidos em seu exercício, pequenos ou grandes, provocam uma repercussão exacerbada.⁴ Mesmo que o erro ocorra em todas as atividades, já que isso está na essência humana, na Medicina ele é indesejado, abominado e execrado.⁵

1.1 Definição e distinção do Erro Médico

Não se pode confundir Erro Médico com erro do médico, ou seja, entre o erro verdadeiro e o erro suposto e as conseqüentes ações de danos, que deixam um vasto caminho a ser percorrido para seu entendimento, tanto no meio médico quanto no meio jurídico e, principalmente, no popular. O Erro Médico vem a ser o resultado de uma conduta profissional inadequada capaz de produzir dano à vida ou agravo à saúde do paciente, mediante imperícia, imprudência ou negligência. Já o erro do médico sugere qualquer desvio deste das normas de conduta, dentro ou fora da Medicina, que cause dano ou não. Não há Erro Médico sem dano ou agravo à saúde de terceiros.⁶

O artigo 29 é o único do Código de Ética Médica que caracteriza a culpa pelo dano ocorrido, atrelando-o à imperícia, negligência e imprudência.³ Esse dano provocado pelo médico em decorrência do exercício profissional pode ser mediante ação ou omissão.

Imperícia (fazer mal) é a falta de cumprimento de normas técnicas por despreparo prático ou insuficiência de conhecimentos. Imprudência (fazer demais) ocorre quando o médico assume riscos para o paciente sem respaldo científico para seu procedimento. Negligência (fazer de menos) é a falta de atenção ou cuidado; como consequência, o médico deixa de cumprir com seus deveres.⁷

Notícias relativas ao Erro Médico tornaram-se presentes nos meios de informação. Leitores as disseminaram sem questionar a verdadeira causa de tais denúncias. O que se observa é um uso indevido do termo. Não compreende Erro Médico qualquer insucesso terapêutico. Existem conceitos determinados para essa condição. O artigo 29 deixa claro: “É vedado ao médico: Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência”.²

O vertiginoso progresso do conhecimento humano gerou a descoberta de novas técnicas de diagnóstico e tratamento, determinando, ao mesmo tempo, o aparecimento de uma parafernália de equipamentos na prática médica. Tudo isso fez com que o exercício da profissão se tornasse cada vez mais complexo e difícil, promovendo o advento de um novo profissional: o médico dependente de equipamentos e exames de diagnóstico.¹

O erro profissional aparece, então, como consequência de uma série de fatores, entre os quais se ressaltam os causados pela personalidade de quem exerce a Medicina, sendo, portanto, de caráter subjetivo; os derivados de má formação profissional; os provenientes do sistema ou modelo de saúde vigente; e, por fim, aqueles produzidos pelo meio social em que o médico atua.⁸

A Medicina e os médicos têm toda uma história de grandeza e dedicação à causa da humanidade, e esse compromisso encontra-se materializado em seu Código de Ética. A existência de erros cometidos por médicos, aqui e alhures, não podem, por certo, deslustrar uma profissão exercida com probidade e dedicação pela maioria de seus pares.⁹

1.2 Um pouco da história do Erro Médico

A Medicina é praticada desde os tempos mais remotos. Na Antigüidade, o seu exercício era cercado de um aglomerado de mitos, onde não se analisava o erro, apenas a cura. Com a instituição do Código de Hamurabi (2400 a.C.) é que surge a primeira forma de normatização do exercício médico, conforme seu artigo 218: “o Médico que mata alguém livre, no tratamento, ou que cega um cidadão livre terá suas mãos cortadas; se morre o escravo, pagará seu preço, se ele ficar cego, a metade do preço”.¹⁰

O primeiro código de ética moderno tem como idealizador o médico britânico Thomas Percival. Denominado *Medical Ethics*, e publicado no ano 1803, seja por sua forma codificada ou por seu conteúdo, traz enunciados os deveres que assistem aos médicos, refletindo elementos tanto de natureza tradicional como inovadora. A obra situa-se num momento de transição da hegemonia da normativa hipocrática para a identificação de uma medicina profissionalizada.¹¹

Foi na França do Século XIX que a doutrina da responsabilidade médica assentou-se definitivamente, através do Procurador Geral André Marie Jean-Jacques Dupin, deixando um grande legado ao Direito contemporâneo. Em parecer sobre um caso de Erro Médico que interessou a toda a opinião pública francesa, no ano de 1835, rebateu os argumentos da Academia de Medicina a favor do mandato ilimitado do médico sobre o paciente.¹²

Nessas últimas décadas, tem-se observado um grande aumento no número de processos contra médicos. No Brasil, até pouco tempo atrás, eram raras essas demandas. Vigorava, então, a figura do médico da família, contra o qual dificilmente se iria reclamar judicialmente por um mau resultado.³

Com a Medicina moderna, o médico da família foi perdendo seu espaço, dando lugar ao médico especialista, em geral com um profundo domínio sobre uma parcela do conhecimento médico, mas impessoal e limitado na visão do paciente como um todo.¹³

À liberdade do exercício da Medicina, como de qualquer outra profissão, correspondem deveres éticos e jurídicos, quais sejam, a indispensável competência, a necessária diligência e a absoluta seriedade no manejo das técnicas e dos juízos de avaliação próprios da arte. O panorama do Erro Médico no Brasil é distorcido e exageradamente explorado pela mídia, muito mais do que realmente conta o número de erros médicos constatados junto aos Conselhos de Medicina e o número de ações judiciais em tramitações ou julgadas na justiça comum. Entretanto, a prevalência no Brasil é ainda de uma prática profissional correta, dentro dos padrões da razoabilidade técnico-científica.¹²

A reforma da Medicina está mais na dependência de fatores externos do que de reajustes internos. Não basta punir ou agravar a punição para diminuir a incidência ou a gravidade do Erro Médico. A solução para o Erro Médico está mais no ajuste das necessidades da sociedade como um todo do que somente na forma da Medicina em particular. Tudo isso com serenidade, discrição, sem escândalos diante do grande público ou sem a cumplicidade silenciosa com o pequeno universo de infratores.¹⁴

1.3 Conselhos de Medicina

Os Conselhos de Medicina foram constituídos sem vínculo com a administração pública, a fim de executarem a missão estatal de tutelar a sociedade, coibindo eventuais práticas profissionais distorcidas, sendo órgãos representativos da classe médica e punindo os maus profissionais.¹⁵ O Conselho Regional de Medicina (CRM) assim age em conformidade com a lei: supervisionando, fiscalizando, normatizando e disciplinando a atividade médica.³

O Código de Ética Médica e as demais resoluções emanadas pelos Conselhos de Medicina consistem na legislação específica e sua competente jurisdição. Os médicos devem seguir as normas de conduta ali consignadas. Cabe aos Conselhos de Medicina, de acordo com a legislação vigente, a supervisão da ética profissional, disciplinando, julgando a categoria e punindo-a quando necessário.¹⁶

1.4 A visão social do mau resultado

Dentro da concepção de culpa o que agrava o crime não é o resultado em si, mas a maior ou menor capacidade do autor de prever o dano. Ou seja, o limite da culpa é a previsibilidade do dano. Nessa avaliação da culpa médica, é importante que se separe aquilo que é da estrita responsabilidade do profissional e o que deriva do acidente imprevisível (oriundo de caso fortuito ou de força maior, incapaz de ser previsto ou evitado), do ato de terceiro e do resultado incontrolável (decorrente de uma situação grave e de curso inexorável, para a qual não se tem solução).¹⁷

Parte da sociedade tem uma impressão equivocada sobre a ocorrência e a natureza do mau resultado, diferente do erro do médico com conseqüências. Segmentos da sociedade e da imprensa têm sido pródigos em considerar como Erro Médico qualquer atitude ou resultado do trabalho médico em desacordo com a expectativa do paciente ou de seus familiares.¹⁸

A responsabilidade civil do profissional só pode comportar uma obrigação de meios ou de diligências, sem compromisso de resultado. O próprio empenho do médico é o objeto do contrato. Isso não desobriga o médico a dedicar-se da melhor maneira possível em favor do seu paciente.¹⁹

Portanto o Erro Médico deve ser separado do resultado adverso quando o profissional empregou todos os recursos disponíveis sem obter o sucesso pretendido, ou ainda, diferenciado do acidente imprevisível. O que assusta no chamado Erro Médico é a dramática inversão de expectativa de quem vai à procura de um bem e recebe em resposta um mal. O resultado danoso por sua vez é visível, imediato na maioria dos casos, irreparável quase sempre e revestido de sofrimento singular para a natureza humana.²⁰

A Medicina é vítima de sua própria grandeza; os seus erros são mais importantes e mais graves. Ela é uma profissão de milagres cometidos pela mão do homem, isto é, um conjunto de procedimentos complexos feitos com excelência técnica e habilidade em benefício da saúde: promoção, restauração ou preservação. Pela sua natureza, como profissão impregnada de virtudes e competências, quando sobrevém o dano desperta uma reação imediata no paciente por conta da dramática reversão da expectativa.²¹

1.5 Justificativa

Os casos envolvendo Erro Médico têm sido alvo de atenção da mídia, com grande repercussão tanto na classe médica, proporcionando o desenvolvimento da “Medicina defensiva”, quanto na sociedade em geral que, pela desinformação, cria expectativas muitas vezes infundadas, assumindo uma postura de desconfiança quanto à qualificação e competência do médico.²²

De acordo com D’Ávila³, o médico condenado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e capitulado no artigo 29 tem muita chance de ser, também, apenado na justiça comum.

Desde o início das atividades do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CREMESC) ainda não se realizou uma casuística relacionada ao Erro Médico, ou seja, não se fez um levantamento completo dos casos envolvendo profissionais médicos julgados e condenados pelo artigo 29. A pesquisadora encontrou neste fato motivação para proceder este levantamento, como forma de conhecer tais médicos e as situações que mais os fazem infringir esse artigo.

2 OBJETIVO

Determinar o perfil dos médicos condenados por Processos Ético-Profissionais relacionados ao artigo 29, de forma única ou associado a outros artigos, do Código de Ética Médica no Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina.

3 MÉTODOS

3.1 Delineamento da pesquisa

Este trabalho consiste em um estudo observacional transversal. A metodologia utilizada foi de caráter exploratório, histórico e descritivo. Realizou-se uma pesquisa no Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (CREMESC), com a autorização do seu Corpo de Conselheiros para a manipulação dos arquivos e publicação das informações levantadas, bem como de sua análise, respeitados os devidos princípios éticos (Apêndice I). Os dados foram coletados conforme o protocolo constante no Anexo I.

3.2 Período da pesquisa

O período analisado estendeu-se de março de 1958 a junho de 2006, perfazendo o total de 49 anos. Iniciou-se o levantamento dos dados a partir de março de 1958, quando o CREMESC foi instituído pela Resolução CFM nº 14/58.^{7,23}

Os dados foram levantados através da relação de médicos, atualizada em 18 de maio de 2006, na qual constavam: nome do denunciado, número no CRM, número do Processo Ético-Profissional (PEP), data do julgamento, letra da punição e artigos infringidos, além da existência ou não de recurso ao CFM. Inicialmente, selecionaram-se os Processos Ético-Profissionais (PEPs) de interesse, ou seja, os condenados por infração do Código de Ética Médica em que estivesse incluído o artigo 29, isoladamente ou não, até o primeiro semestre de 2006. Entre esses PEPs, verificou-se a existência ou não de mais de um PEP envolvendo um mesmo médico, bem como o envolvimento de mais de um médico em um mesmo PEP.

3.3 Perfil dos médicos

Buscou-se a ficha cadastral dos médicos denunciados selecionados. No estudo dos 33 médicos, identificaram-se com relação ao denunciado: o sexo; o tempo de atividade médica; a presença ou não de especialidade registrada no CRM (residência médica) e o lugar de origem universitária.

Dividiu-se o tempo de atividade médica em períodos de 0-5 anos, 5-10 anos, 10-15 anos e mais de 15 anos. Nesse item, nos dois casos em que um médico foi condenado em dois PEPs considerou-se independentemente cada um deles, uma vez que aconteceram em épocas diferentes.

3.4 Condenações

Analisaram-se exclusivamente os 31 PEPs julgados pelo artigo 29. Relativos à denúncia em si procurou-se saber: a procedência, de acordo com o Mapa as Delegacias Regionais do CREMESC (Anexo II), a área de especialidade médica envolvida no procedimento que gerou a denúncia e o local em que ocorreu o Erro Médico (clínica/consultório ou hospital), além da análise da situação (urgência/emergência ou eletiva). Pesquisou-se também quem foi o denunciante e ainda foi feita uma contagem do número de óbitos decorrentes do ato médico causador do PEP em questão.

3.5 Situação atual

Posteriormente, verificou-se, em 08 de outubro de 2007, a situação atual dos médicos envolvidos nos PEPs estudados anteriormente. Como anteriormente, analisou-se a ficha cadastral do denunciado, também mediante aprovação (Apêndice I) do Corpo de Conselheiros do CREMESC. Discriminaram-se os denunciados em ativos no CRM-SC, em atividade em outro CRM, cassados ou falecidos. Ainda verificou-se a realização ou não de especialidade médica após a denúncia, de acordo com a constatação ou não de registro no CRM-SC.

A análise dos processos ético-disciplinares e a coleta de dados ocorreram na própria sede do CREMESC. As informações obtidas foram apresentadas de forma tal que não se permitiu quaisquer identificações dos envolvidos, sejam denunciado, denunciante e/ou condenado. A fim de que seja mantido o anonimato dessas pessoas, omitiram-se os seus nomes.

Os dados obtidos foram armazenados em planilhas no programa Microsoft Excel 2003®, analisados e comparados com a literatura médica consultada. Buscou-se formar um perfil comportamental do médico infrator ao Código de Ética, no intuito de estabelecer as principais causas das infrações cometidas.

4 RESULTADOS

Até junho de 2006, 653 médicos já haviam sido julgados no CREMESC, sendo 334 (52,15%) condenados. Entre eles, 33 pela infração do artigo 29 (9,88% dos condenados).

Tabela 1 – Médicos condenados pela infração do artigo 29 no CREMESC

Médico	Tempo de serviço (anos)	Pena disciplinar*	Artigos infringidos
1 [†]	13	D	29, 30, 39, 44
2 [†]	17	D	29, 30, 39, 44
3 [‡]	14	B	2, 29, 34
4 [‡]	27	A	2, 39, 57
5	11	A	29, 34, 59
6	13	B	2, 4, 29, 57
7	7	B	29, 31, 45
8	8	C	2, 4, 29
9	19	C	29, 34, 69
10 [§]	9	D	29, 59
10	13	D	2, 4, 17, 18, 29, 45, 46, 57, 61, 76
11	37	E	9, 29, 42, 44, 55, 57, 86
12	4	C	29, 39, 98, 124
13	15	A	29, 62
14	4	A	29, 62
15	31	C	29, 30, 142
16	21	D	22, 23, 29, 57, 59
17	7	B	2, 29, 44, 57, 59, 62, 65, 81, 110
18	18	C	29, 57
19 [§]	25	E	9, 29, 42, 43, 55
19	25	B	2, 29
20	36	C	29, 57
21	23	C	29, 30
22	1	D	29, 30, 34, 57
23	16	C	29, 57
24	3	A	29
25	15	B	29, 33, 35
26	6	C	29, 36
27	12	C	29, 57, 69
28 [¶]	19	D	29, 42, 45, 131
29 [¶]	8	D	29, 42, 45, 131
30	5	A	29
31	16	C	02, 29, 30, 57
32	23	C	29, 58, 62
33	13	D	29, 133

FONTE: Sede do CREMESC, 2006.

* Pena disciplinar: A- Advertência confidencial em aviso reservado; B- Censura confidencial em aviso reservado; C- Censura pública em publicação oficial; D- Suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias; E- Cassação do exercício profissional, *ad referendum* do Conselho Federal.

[†] Relacionados com o mesmo PEP.

[‡] Relacionados com o mesmo PEP.

[§] Possui dois PEPs.

^{||} Relacionados com o mesmo PEP.

[¶] Relacionados com o mesmo PEP.

A quantidade de médicos e PEPs não foi a mesma porque, como é uma realidade no CREMESC, há médicos que sofreram mais de um PEP e há PEPs que envolveram mais de um médico. A tabela 1 oferece um demonstrativo dos casos aqui tratados.

Neste estudo, em quatro situações aconteceu envolvimento de dois médicos em um PEP e em outras duas um médico sofreu dois PEPs. No total da pesquisa, os 33 médicos condenados pelo artigo 29 foram responsáveis por 31 PEPs e 35 condenações.

4.1 Perfil do médico condenado no CREMESC pelo artigo 29

Nos 33 médicos estudados, 32 são do sexo masculino (96,97%) e um do feminino (3,03%).

Ao levar em consideração as 35 condenações, o tempo de atividade médica dos profissionais em questão era então de:

- 0-5 anos (cinco casos, 14,28%);
- 5-10 anos (seis casos, 17,14%);
- 10-15 anos (oito casos, 22,86%);
- Mais de 15 anos (16 casos, 45,71%).

Relacionando-se a especialidade registrada no CRM, dos 33 médicos, 25 (75,76%) não apresentaram registro e oito (24,24%) o apresentaram.

Na análise da origem universitária dos profissionais, 23 (69,70%) provinham de universidades públicas, nove (27,27%) de particulares e um (3,03%) de estrangeira.

Verificou-se que 13 (39,39%) médicos cursaram universidades do estado do Rio Grande do Sul, sete (21,21%) de Santa Catarina, cinco (15,15%) do Rio de Janeiro, quatro (12,12%) do Paraná, dois (6,06%) de São Paulo, um (3,03%) do Amazonas e um (3,03%) do exterior.

4.2 Condenações no CREMESC pelo artigo 29

Mais especificamente com relação à denúncia, observaram-se os seguintes locais referentes às Delegacias Regionais: Joinville e Florianópolis (Sede) com sete PEPs (21%); Itajaí com três (9%); Blumenau, Tubarão e Araranguá com dois (6%); e Lages, São Miguel D'Oeste, Chapecó, Curitibanos, Concórdia, Joaçaba, Rio do Sul e Criciúma com um PEP (3%).

Em relação à especificação da área de especialidade médica do procedimento da denúncia dos 31 PEPs, constataram-se os seguintes resultados: Ginecologia e Obstetrícia com

10 casos (32,3%); Cirurgia Geral, Endocrinologia e Emergência Clínica Médica com três casos (9,7%); Cirurgia Plástica, Oftalmologia e Anestesiologia com dois casos (6,4%); e Emergência Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Cirurgia Pediátrica e Pediatria com um caso (3,2%).

As denúncias que resultaram em condenações foram analisadas também com relação ao local de ocorrência das mesmas: hospitais ou clínicas/consultórios. Em relação aos hospitais, foram discriminados: emergência, centro cirúrgico e outros setores. Nas 31 condenações analisadas, verificou-se que 20 delas (64,5%) tiveram origem em hospitais e 11 (35,5%) em clínicas/consultórios. Das 20 denúncias originadas em hospitais, verificou-se que sete (35%) ocorreram por fatos gerados no setor de emergência, seis (30%) no centro cirúrgico e sete (35%) em outros setores.

De acordo com o caráter da situação que gerou a denúncia, entre as 31 condenações, 19 (61,3%) apresentaram-se como urgência/emergência e 12 (38,7%) como eletiva.

Entre os denunciantes, foram encontrados: pacientes ou seus familiares (leigos), médicos, comissões de ética médica, entidades médicas e outros. O próprio Corpo de Conselheiros do CREMESC originou algumas ações mediante conhecimento de fatos possivelmente antiéticos - *ex-officio*. Do total de denúncias, 13 (41,9%) originaram-se de pacientes e seus parentes, nove (29,0%) de *ex-officio*, duas (6,4%) de comissões de ética médica, duas (6,4%) de médicos e cinco (16,1%) de outros representantes da sociedade (Prefeitura, Vigilância Sanitária, Assistência à Rede de Saúde, Departamento de Saúde Pública e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social).

Entre os 31 PEPs analisados, ocorreram 16 óbitos no total (incluindo um caso em que morreram mãe e feto).

4.3 Situação atual dos médicos condenados

Com referência à situação atual perante o CREMESC, verifica-se que 24 médicos (73%) estão na ativa do CRM-SC, cinco (15%) estão em atividade em outro CRM, dois (6%) foram cassados, um (3%) cancelou o seu registro (não exerce a profissão) e um (3%) consta como falecido.

Com respeito à realização ou não de especialidade médica após a denúncia, dos 33 médicos do estudo, sete (21,21%) já tinham residência, oito (24,24%) realizaram residência em alguma de suas áreas, um (3,03%) fez outra especialização e dezessete (51,51%) não a realizaram.

5 DISCUSSÃO

Os meios de comunicação têm um papel valioso na denúncia dos erros médicos, mas, em contrapartida, são poderosos e influentes no sentido de induzir na população uma expectativa de cura em desacordo com o poder resolutivo da ciência médica. A imprensa e a televisão sempre trazem à tona notícias de Erro Médico, muitas vezes de forma leviana, pois pouco é pesquisado sobre o assunto. A voracidade da mídia pelo Erro Médico, de qualquer forma, parece ultrapassar os limites do compromisso político da imprensa em fiscalizar corporações e proteger a sociedade da má prática de uma determinada categoria profissional. No caso em estudo, parece existir uma forte conotação mercantilista na medida em que se usa o escândalo sobre o Erro Médico como chamariz para venda de jornais ou aumento de audiência na TV.²⁴

Outro agravante para a situação é o forte interesse do ramo do Direito sobre o Erro Médico, na tentativa de chamar a atenção da sociedade, mantê-lo em evidência e exaltar sua gravidade a ponto de estimular o surgimento de ações reparadoras. Isso decorre da crença de que a corporação médica, como segmento social, dispõe de recursos para ressarcir danos causados a terceiros.²⁴

De acordo com levantamento de autoria do ex-conselheiro do Conselho Federal de Medicina (na gestão de 1994 a 1999), na pessoa de Sérgio Ibiapina, têm-se os dados sugestivos do perfil dos médicos punidos nos Conselhos Regionais e outros indicativos epidemiológicos dos desvios éticos em nosso meio, entre os quais se sobrepõe a infração ao artigo 29 do Código de Ética Médica.²⁵ Por este levantamento constata-se que os procedimentos relativos ao Erro Médico nos Conselhos de Medicina se dão por: profissionais com mais de 10 anos de graduação, procedimentos de pequeno porte, falha na comunicação com os familiares, prontuários incompletos, múltiplos empregos e omissão de atendimento. E as condições facilitadoras do ato médico imperfeito ocorrem por: pequenos procedimentos, exigüidade de tempo e indisponibilidade pessoal, escolha de instalações inadequadas, deficiente comunicação médico-paciente, anotações lacônicas ou inexistentes e prescrições verbais.²⁶

Os estudos baseados no universo de recursos apresentados ao Conselho Federal de Medicina, no período transcorrido entre 1988 e 1998, apresentam notável e significativa concordância com os dados extraídos dos Conselhos Regionais de Medicina. Deila Barbosa

Maia (1999) configurou um esforço de leitura, análise e interpretação de 100 processos escolhidos de forma aleatória, no universo de processos, o que representa mais de dez por cento do conjunto estudado. Por fim, concluiu Maia que os médicos infratores analisados, na pesquisa, são preponderantemente do sexo masculino, têm em média 42 anos, contam com 15 anos de experiência profissional, são principalmente das especialidades de Ginecologia – Obstetrícia e Anestesiologia, provenientes sobretudo dos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro e não são reincidentes em faltas éticas.²⁷

Em Macri *et al*²⁸ foi descrito 1,49 médico por PEP. Werner²⁹ constatou 1,43 médico por PEP. O último é referente aos processos no CREMESC entre 1995 e 1999 e o anterior, aos processos na região de São José do Rio Preto – SP. No presente estudo, os 31 PEPs analisados, relacionados ao artigo 29 até junho de 2006, envolveram 33 médicos. Então, pôde-se inferir que cada processo envolveu, em média, pouco mais de um médico (1,06) por PEP.

Macri *et al*²⁸ referiram que 14,6% dos PEPs foram desencadeados por Erro Médico (nas formas de imperícia, imprudência e/ou negligência). Ao analisar as atas das sessões plenárias do corpo de conselheiros do CREMESC até 1996, dos 103 médicos condenados, somente 15 deles (14,6%) foram capitulados no artigo 29, observado por D'Ávila.³ Uma porcentagem ligeiramente inferior foi encontrada no trabalho ora em apreço: 9,88% dos médicos condenados no CREMESC até junho de 2006 infringiram o artigo 29.

Relativo ao perfil dos médicos, Macri *et al*²⁸ analisaram 61 médicos, sendo 47 deles (77%) homens. Taragin *et al*³⁰ observaram que os médicos foram três vezes mais denunciados do que as médicas. D'Ávila³ observou que os médicos foram condenados 24 vezes mais do que as mulheres médicas.

No estudo aqui apresentado, nos 33 médicos envolvidos, houve um predomínio do sexo masculino (32 ou 96,97%) em relação ao feminino (um ou 3,03%). Ainda em junho de 2006, havia também uma predominância do sexo masculino no total de médicos inscritos no CREMESC (6.338 ou 71,1%) com relação ao feminino (2.567 ou 28,8%). Ao realizar o ajuste proporcional pelo número de profissionais inscritos, encontraram-se os seguintes percentuais: 0,5% e 0,04%, respectivamente. Constata-se que médicos foram condenados 12,5 vezes mais que médicas. Verificou-se que o número de mulheres médicas condenadas é bastante reduzido, assim permanecendo após o ajuste proporcional pelo quantitativo de médicas em atividade em nosso Estado.

As médicas são menos denunciadas do que os médicos por uma série de motivos: melhor interação com os pacientes, maior tempo dedicado a ouvir e a examinar os pacientes,

menor número de pacientes atendidos, tratamento de pacientes portadores de moléstias menos graves e teriam elas mais atributos humanísticos do que os médicos.³⁰

Ainda com relação à disparidade entre os sexos, pode-se invocar também a existência de particularidades femininas e masculinas. De um modo geral, as mulheres têm uma maior capacidade de interação, ouvem, falam e explicam, além de parecerem ser mais atenciosas. Tais características talvez ajudem a explicar o porquê de um número baixo de médicas serem denunciadas, uma vez que a capacidade de interação do profissional é fundamental para uma boa relação médico-paciente.²⁹

Ao analisar o tempo de prática profissional, Schwartz & Mendelson publicaram, no *The Journal of the American Medical Association*, em 1989, que os médicos com tempo decorrido desde a formação entre 15 e 20 anos foram mais vezes condenados.³¹ O maior tempo de atividade dos médicos esteve entre os fatores de alto risco que levam à maior probabilidade dos mesmos sofrerem denúncias.³² Sloan *et al*³³ observaram, contudo, que este tempo só teve significado estatístico quando associado à especialidade.

No atual trabalho, dois terços dos médicos exerciam a profissão há mais de 10 anos: 22,86% apresentaram-se entre 10 e 15 anos de prática médica e 45,71% a tinham há mais de 15 anos.

A posição de destaque do ponto de vista socioeconômico que muitos profissionais atingiram já neste momento de suas carreiras realimenta o “pensamento mágico” de onipotência. Outra possibilidade pode ser a recompensa financeira que o médico passa a ter após seu ingresso no mercado de trabalho, sentindo a necessidade de aumentar, com o passar do tempo, o número de fontes de renda (plantões, empregos, atividades sub-remuneradas...)²⁹

Com relação à especialidade médica, a maioria dos médicos condenados no CREMESC tinha o título de especialista registrado.^{4,29} Somente a metade dos médicos inscritos no CREMESC tem seus títulos de especialista registrados (dados do cadastro do CREMESC de 1998). Não se encontrou diferença significativa entre os médicos que tinham título de especialista e os que não tinham.³¹

Neste trabalho em apreço, constatou-se que a maioria dos profissionais (75,76%) não tinha registro de especialidade médica no CREMESC. Vale ressaltar que constituem trabalhos diferentes, já que aqui se trata exclusivamente de PEPs relacionados ao artigo 29. Dessa forma, observa-se o predomínio evidente da não realização de especialidade médica entre os médicos condenados pelo artigo 29. Afirmção corroborada pelo fato de, em Santa Catarina, 78% dos médicos possuírem título de especialização.³⁴

Em relação à escola de nível superior em que os denunciados cursaram Medicina, observou-se no estudo de Werner que 82% cursaram universidades públicas,²⁹ dados semelhantes aos compilados por CFM (81,1% dos médicos de SC frequentaram instituições públicas de Medicina).³⁴ Werner concluiu que a instituição de origem (pública ou privada) dos médicos registrados no CREMESC não possui correlação com as denúncias realizadas.²⁹

No trabalho aqui realizado, houve um predomínio de médicos formados em universidades públicas (69,70%), mas isso não sugere uma presença maior do Erro Médico entre eles, uma vez que 75,6% dos médicos de SC, na data da pesquisa, haviam cursado escolas públicas de Medicina. Na análise da origem universitária dos médicos, 23 (69,70%) são oriundos de faculdades públicas, nove deles (27,27%) de particulares e um (3,03%) de estrangeira. Conforme o ajuste proporcional, 0,3% cursou universidades públicas; 0,4%, privadas e 1,5%, estrangeiras.

A alta taxa de crescimento anual de profissionais médicos tem contribuído não só para uma formação técnica deficiente, como também para um excesso de oferta de mão-de-obra, o que poderia justificar um maior aviltamento da profissão e um aumento na demanda de denúncias e PEPs contra médicos.

Outro fator importante para justificar os descaminhos da conduta ética do médico é sua deficiente formação ético-humanística no período de graduação.³⁵ Tal período é o momento propício para moldar o caráter profissional com valores e princípios essenciais, visando uma conduta profissional que tenha como objetivo o bem estar do paciente. Há absoluta concordância entre os professores de Medicina de que a disciplina de ética médica deva fazer parte do currículo mínimo nos cursos de graduação. A dificuldade maior é estabelecer qual é o melhor período acadêmico para implantar o ensino da disciplina.

Um estudo de coorte de Waters *et al*³⁶ procurou identificar se o local de graduação poderia correlacionar-se com a taxa de processos dos egressos de diferentes escolas médicas e buscou responder às seguintes hipóteses: se os médicos graduados em determinadas escolas possuíam um maior número de demandas, se os índices de processos contra médicos associavam-se com suas escolas de graduação e se características das escolas médicas poderiam explicar possíveis diferenças encontradas nas taxas de processos. Concluíram os pesquisadores que diferenças significativas relacionadas a processos por má-prática médica existiram envolvendo egressos de diferentes escolas médicas e que existiu correlação positiva em seguimento de turmas formadas em outras décadas nas mesmas escolas, ou seja, os achados repetiram-se apesar do intervalo de tempo observado entre diferentes turmas de diferentes faculdades. Os autores sugerem que mais pesquisas necessitam ser feitas,

comparando as escolas entre si, para que as diferenças por eles encontradas possam ser, eventualmente, explicadas por diferenças entre as faculdades propriamente ditas.

As entidades médicas poderiam incrementar e também facilitar o acesso de médicos a cursos de atualização, jornadas, simpósios, congressos, encontros e similares não só objetivando o aprimoramento e a reciclagem do ponto de vista eminentemente técnico-científico, mas que tivessem também como escopo o aprimoramento dos profissionais nas mais diversas áreas do conhecimento tais como relações humanas, ética, antropologia e outras buscando, em última instância o aprimoramento do relacionamento médico-paciente. Aqui se vislumbra um papel importante da escola médica, responsável também por “esse tipo de educação” (não meramente tecnicista).²⁹

O estudo de D'Ávila³ revelou que os médicos oriundos do Espírito Santo mostram, cumulativamente, o percentual mais elevado de condenações (16,6%), seguidos pelos médicos de Pernambuco (5,5%), Distrito Federal (5,2%), Rio de Janeiro (3,8%), estrangeiros (3,3%), São Paulo (2,8%), Paraná (2,5%) e Rio Grande do Sul (2,1%), sendo que os médicos formados em Santa Catarina apresentaram o menor índice (1,0%).

No presente trabalho, verificou-se que 39,39% dos médicos cursaram universidades do estado do Rio Grande do Sul; 21,21% de Santa Catarina; 15,15% do Rio de Janeiro; 12,12% do Paraná; 6,06% de São Paulo; 3,03% do Amazonas; e 3,03% do exterior.

Até junho de 2006, dos médicos aqui inscritos, 34,5% eram formados pelas faculdades de Medicina de Santa Catarina; 30,9% do Rio Grande do Sul; 14,8% do Paraná; 8,6% do Rio de Janeiro; 4,5% de São Paulo; e 0,7% de faculdades estrangeiras. Os médicos formados fora de Santa Catarina totalizam 65,5%. Em algumas regiões do Estado, como o meio-oeste e extremo-oeste, mais de 70% dos médicos têm formação nas faculdades de Medicina do Rio Grande do Sul.³

Após o ajuste proporcional feito com o número de médicos condenados por Estado de origem com o total de médicos oriundos do mesmo estado, verificou-se que 1,5% cursaram universidades provenientes do exterior; 0,6% do Rio de Janeiro; 0,5% de São Paulo; 0,5% do Rio Grande do Sul; 0,3% do Paraná e 0,2% de Santa Catarina.

Em relação às condenações, as três Delegacias Regionais que participaram com o maior número de condenações no CREMESC até 1996, levando em conta o total de médicos da respectiva região, foram, por ordem decrescente: Araranguá (14,3%), Concórdia (7,4%) e Xanxerê (5,4%). Florianópolis ficou em décimo-quarto lugar no ajuste proporcional entre médicos condenados e médicos em atividade de cada região.³

O CFM, a Federação Nacional dos Médicos, a Associação Médica Brasileira e o Ministério da Saúde, através da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), realizaram, no ano de 1995, pesquisa que estabeleceu as características dos médicos que atuam no país: 65% vivem nas capitais (24% da população brasileira) e 76% vivem no interior (76% da população brasileira).³⁷

Ao estudar as condenações no CREMESC pelo artigo 29, observa-se a seguinte distribuição: Joinville e Florianópolis (Sede) com 21% das condenações; Itajaí com 9%; Blumenau, Tubarão e Araranguá com 6%; e Lages, São Miguel D'Oeste, Chapecó, Curitiba, Concórdia, Joaçaba, Rio do Sul e Criciúma com 3%.

Aplicando-se o ajuste proporcional, com relação ao quantitativo de médicos de cada região até dezembro de 1996, obtêm-se os percentuais de médicos infratores por médicos ativos descritos na tabela 2.

Tabela 2 - Percentual de médicos condenados em relação ao número total de médicos inscritos em cada Delegacia Regional do CREMESC

Delegacia Regional	Médicos	Condenações	Porcentual
Joinville	1.190	7	0,6%
Florianópolis	2.539	7	0,3%
Araranguá	110	2	1,8%
Itajaí	660	3	0,4%
Blumenau	920	2	0,2%
Concórdia	136	1	0,7%
Chapecó	355	1	0,3%
Rio do Sul	197	1	0,5%
Xanxerê	104	nenhuma	-
Joaçaba	293	1	0,3%
Tubarão	337	2	0,6%
Criciúma	423	1	0,2%
Mafra	86	nenhuma	-
Porto União	52	nenhuma	-
São Miguel D'Oeste	138	1	0,7%
Lages	279	1	0,4%
Canoinhas	63	nenhuma	-
Curitiba	75	1	1,3%
TOTAL	7.957*	31	0,4%

FONTE: Sede do CREMESC, 2006.

* 956 médicos não foram localizados em nenhuma delegacia, por falta de dados cadastrais.

As regiões que forneceram o maior número proporcional de condenações foram, por ordem decrescente: Araranguá (1,8%), Curitiba (1,3%), Concórdia e São Miguel D'Oeste (0,7%). É possível perceber a importância de um trabalho profilático em tais regiões.

Vale ressaltar que Florianópolis, mesmo com o maior contingente de profissionais em Santa Catarina, ficou entre as regiões com menor taxa de médicos condenados por médicos em atividade e abaixo da média estadual. Também é digno de consideração o fato de que a região é considerada referência para muitos atendimentos, há existência de mais recursos e hospitais-escola com acadêmicos e serviços de residência médica.

A maioria dos processos ocorreu principalmente na capital, no entanto é considerado elevado o número de PEPs gerados a partir do interior, uma vez que a quantidade de médicos atuando em tal região é reduzida. Isso chama a atenção para as condições de trabalho a que se submetem tais profissionais.³⁸ Aqueles insatisfeitos com o local em que trabalham também têm maior probabilidade de erro.³⁹

Segundo a pesquisa “Perfil do médico” (FIOCRUZ/CFM, 1995), as especialidades médicas com maior número de profissionais são: Pediatria (14,1%), Ginecologia/Obstetrícia (12,0%), Medicina Interna (8,1%), Cirurgia Geral (6,0%), Anestesiologia (4,9%), Cardiologia (4,3%), Oftalmologia (3,6%), Ortopedia (3,5%) e Psiquiatria (3,1%).³⁷

Na mesma pesquisa, as dez especialidades mais citadas em Santa Catarina foram: Pediatria (15,3%), Medicina Interna (12,2%), Ginecologia e Obstetrícia (9,0%), Cirurgia Geral (5,6%), Oftalmologia (4,2%), Cardiologia (4,0%), Anestesiologia (3,7%), Medicina Geral Comunitária (3,7%), Medicina do Trabalho (3,4%) e Ortopedia e Traumatologia (2,8%).³⁷

Anestesiologia, ginecologia e obstetrícia, ortopedia, cirurgia plástica e neurocirurgia estão na categoria de especialidades de alto risco à denúncia.³³ A especialidade cirúrgica encontra-se entre os fatores de alto risco.³² A Ginecologia e Obstetrícia se mantém em primeiro lugar entre as especialidades relacionadas às infrações éticas.^{3, 11, 16, 22, 38, 40}

Entre os 31 PEPs do trabalho aqui em apreço, houve um predomínio de denúncias relacionadas aos procedimentos da área de Ginecologia e Obstetrícia (32,3%), seguida por Cirurgia Geral, Endocrinologia e Emergência Clínica Médica (9,7%); Cirurgia Plástica, Oftalmologia e Anestesiologia (6,4%); e Emergência Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Cirurgia Pediátrica e Pediatria (3,2%). Torna-se importante mencionar que os procedimentos que geraram as denúncias, no presente estudo, pertenciam a determinadas especialidades, embora isso não signifique, necessariamente, que os mesmos foram executados pelos profissionais especialistas de tais áreas.

Nos procedimentos relacionados à Ginecologia e Obstetrícia é prevalente o caráter emergencial, em que circunstâncias dramáticas podem envolver o nascimento do ser humano. Sentimentos de emoções fortes e sob tensão psicológica são potenciais desencadeadores de frustrações e júbilo. Soma-se a isso a atividade noturna, causadora de cansaço ou de diminuição dos mecanismos de atenção.

Especialistas como cirurgiões e ginecologistas/obstetras têm maior risco de serem processados em relação a outros especialistas. Isto ocorre porque certos procedimentos têm uma probabilidade maior de resultados adversos mesmo na ausência de erro. Além do que, erros nestas especialidades são mais facilmente detectáveis e podem resultar em maior dano aos pacientes que em outras áreas da Medicina.⁴¹ A obstetrícia é a principal especialidade demandada porque a população considera o parto um evento fisiológico, que não deveria apresentar maiores complicações.⁴²

Entre os processos analisados, aconteceram no total 16 óbitos (incluindo um caso em que morreram mãe e feto).

A falibilidade do médico e da Medicina é inquestionável. É ela aceita, em parte, pela doutrina, pela lei e pela jurisprudência, principalmente sob o ângulo penal e moral. No entanto, a responsabilidade civil chega a ser quase ilimitada.⁴³

No que se refere ao padrão de local em que aconteceu a denúncia, processos judiciais analisados revelaram que a maioria das demandas foram decorrentes de fatos ocorridos em hospitais e casas de saúde e uma pequena parcela em consultórios.^{29, 44}

Entre os médicos condenados pelo CREMESC, 53,4% deles foram denunciados por fatos gerados em hospitais, 32,0% em consultórios e 14,6% em outros locais. Das denúncias por ocorrências hospitalares, a maioria ocorreu nos setores de emergência (56,4%) e centro cirúrgico (21,8%).³

Nas condenações analisadas no presente estudo, predominou a origem das denúncias em hospitais (64,5%), com o restante em clínicas/consultórios (35,5%). Das denúncias originadas em hospitais, 35% foram na emergência, 30% no centro cirúrgico e 35% em outros setores.

Entre as 31 condenações constantes neste trabalho, a situação em que a denúncia foi originada caracterizou-se majoritariamente (61,3%) como urgência/emergência, restando 38,7% como eletiva.

Mesmo com a predominância de situações de emergência e urgência, observa-se uma parcela significativa de situações eletivas ao se levar em consideração que a maior parte dos procedimentos envolveu situações emergenciais.

Falcão¹⁶ constatou que mais de 50% das denúncias foram realizadas por leigos, muitas vezes dirigidas primeiramente a outros órgãos, como delegacia de polícia e secretaria de saúde, e os médicos foram responsáveis por 24% das denúncias.

De acordo com o estudo de D'Ávila³, a sociedade como um todo foi autora de 57% das denúncias: 37% oriundas dos pacientes e 22% de órgãos públicos. O restante (43%) teve origem no meio médico (médicos, *ex-officio*, direção clínica e comissões de ética médica). Os médicos, isoladamente, foram os denunciadores em 26% dos casos e as denúncias por *ex-officio* representaram 10% dos PEPs.

Na presente casuística, houve um predomínio de pacientes ou parentes como denunciadores (41,9%), seguido de *ex-officio* (29,0%), comissões de ética médica (6,4%), médicos (6,4%) e outros representantes da sociedade (16,1%). Esta participou com 58,1% das denúncias e o meio médico com o restante (41,9%).

Tal realidade mostra que os médicos denunciam seus pares e invalida a alegação de que formam uma categoria autoprotetora ou escondem seus erros.^{3,16}

No que tange às denúncias originadas por *ex-officio*, a grande soma de PEPs denota a importância do CREMESC. O Conselho de Medicina é um órgão fiscalizador, disciplinador e julgador dos médicos; é também promotor de normas de conduta e zelador de seu cumprimento, principalmente para oferecer à sociedade benefícios à saúde.²⁰ A maior atuação dos órgãos públicos, proveniente da mudança da legislação em 1988, refletiu na atuação do CREMESC, deixando de ser meramente cartorial e assumindo um papel de atenção à saúde do cidadão brasileiro.³

Nos três estudos descritos anteriormente, os pacientes representaram a parcela mais significativa de denunciadores. A grande demanda de litígio contra o profissional médico decorre da falha de comunicação com o paciente.

Os pacientes que mais denunciam são os insatisfeitos com o tratamento recebido e os que sofreram complicações. O motivo mais frequente foi a percepção de negligência.³² O tempo de conhecimento entre médico e paciente pode sugerir a probabilidade de denúncia. Em publicação do *Western Journal of Medicine*, 45% dos médicos conheciam o paciente até um mês e 17% trataram os pacientes por mais de 5 anos.⁴⁵

Beckman *et al*⁴⁶ listam alguns problemas de comunicação que determinam tais acontecimentos: abandonar o paciente, desvalorizar as opiniões dos pacientes, fornecer informações de forma inadequada e não conseguir entender as suas expectativas. Relatam também que as queixas expressas devem-se àqueles médicos que não fornecem informações, não escutam os seus pacientes e se mostram não disponíveis das diferentes abordagens terapêuticas. Advogados especializados em Erro Médico, questionados sobre a razão básica pela qual o paciente denunciava o médico por cometimento de falta na profissão, responderam que mais de 80% dos casos se deviam a questões de comunicação: 35% à falha de comunicação, 7% a ter o médico depreciado um atendimento anterior e 3% a ter causado uma expectativa irreal no paciente.

Portanto, oferecer uma Medicina de alta qualidade técnica não é suficiente para a eficácia do procedimento médico. É necessário mais! É necessário que se ofereça, conjuntamente, um atendimento humanista e humanizado, de modo que o paciente possa, de fato, sentir-se senhor de sua história e participe das decisões a serem tomadas sobre o seu próprio destino.

Os erros terapêuticos nem sempre têm sua origem no médico; uma grande parte deles corresponde ao paciente ou então são de responsabilidade mista. Afirmou ainda Montenegro que entre 15 a 95% dos pacientes não cumprem com o tratamento indicado e a razão mais aludida consiste no esquecimento. Considerou que, sob esse pretexto, numerosas outras causas podem estar escondidas ou dissimuladas (econômicas, efeitos colaterais da medicação, falta de convicção, dentre outras).⁴⁷

O mau relacionamento entre médicos e equipe de enfermagem também foi abordado por Cook *et al*³⁹, que demonstraram uma maior chance de erro quando ocorre má interação da equipe que presta atendimento.

De acordo com os dados atualizados em outubro de 2007, verifica-se que a maioria dos médicos (73%) nesta pesquisa está na ativa do CRM-SC; 15% encontra-se em atividade em outro CRM; 6% foram cassados; 3% estão com registro cancelado no Conselho e 3% faleceram.

O mercado de trabalho médico no Brasil está entre os maiores e mais complexos do mundo. Existem atualmente no país cerca de 263.000 médicos em atividade, segundo o Conselho Federal de Medicina. A cada ano juntam-se a este contingente perto de 8 mil médicos graduados por mais de uma centena de escolas médicas, em sua maioria criadas na década de 1960 e que, ao final dos anos 90, passaram a ser alvo de cobiça de empresários da educação.⁴⁸

Entre os profissionais analisados no presente estudo, até outubro de 2007, a maioria (51,51%) não realizou especialidade médica após a condenação; 24,24% realizaram residência em alguma de suas áreas; 21,21% já tinham residência e 3,03% fizeram outra especialização. Ou seja, dos médicos que ainda não tinham especialização, 68% continuaram sem especialização e 32% a realizaram posteriormente à denúncia.

O regular exercício profissional do médico não requer apenas uma habilitação legal. Implica também o aprimoramento continuado, adquirido através dos conhecimentos mais recentes de sua profissão, no que se refere às técnicas de exame e aos meios de tratamento, seja nas publicações especializadas, nos congressos, nos cursos de especialização ou nos estágios em centros hospitalares de referência.

Em suma, é muito importante que o médico se mantenha atualizado, sabedor dos avanços da sua profissão. Cada dia que passa maiores são as oportunidades em que ele é chamado para prestar contas dos seus conhecimentos. Há também de existir uma forma democrática e incentivadora que permita a continuidade do aprendizado e que não seja apenas durante as propagandas de remédios distribuídas nos consultórios. O ensino médico continuado não deve ser apenas um direito, mas também uma obrigação.

O artigo 29 do Código de Ética Médica proclama o dano ou o prejuízo que ocorre por conta do trabalho médico mal realizado, proveniente das três modalidades de culpa (imperícia, imprudência ou negligência) e que traduz a inobservância de outros artigos do próprio código. As obrigações dos médicos são essencialmente de meios e, em raras situações, de resultados. Estatísticas do Conselho Federal de Medicina mostram a forte prevalência da infração ao artigo 29 no universo de infrações cometidas pelos médicos julgados em sua instância.

A justiça ética tem sua força centrada na reserva moral da própria tradição médica e a sua eficácia depende do substrato moral preexistente na consciência do médico infrator, devendo ser considerada a má conduta uma exceção no exercício profissional e não uma regra. É preciso considerar a estatística da má prática em face do universo de possibilidades onde está inserida, isso sem considerar o número de acertos médicos, com certeza a maioria esmagadora no conjunto de ações. A verdade é que a natureza da prática médica é bastante complexa e são inúmeras e múltiplas as intervenções que cada paciente recebe. Exatamente por essas razões é que a elevada taxa de Erro Médico não é surpreendente.

Nesse panorama social, a denúncia sobre um eventual Erro Médico provoca no profissional, além da sensação de uma afronta inaceitável, tal qual uma condenação

antecipada, a desonra, causando-lhe pânico e transtornos graves e interferindo, profundamente, na sua vida profissional e pessoal.

O médico tem a consciência de ser o profissional mais cuidadoso da sociedade, mas falta-lhe a percepção da gravidade dos problemas causados por falhas no exercício da profissão. Por outro lado, a maioria dos erros é de natureza leve, sutil ou não tem como conseqüências maiores danos ao paciente. E, por fim, os médicos têm uma grande dificuldade em administrar um erro, quando ele ocorre.

A razão para essa postura está na cultura médica. Os médicos são educados para uma prática profissional livre de erro. Há uma acentuada ênfase educacional na perfeição, tanto no diagnóstico quanto no tratamento. É a cultura da infalibilidade. No dia-a-dia, então, espera-se que os médicos jamais errem. O resultado é que, quando os erros ocorrem, passam a ser encarados como uma falha do caráter do profissional, colocando o médico numa situação de culpa irremediável, a ponto de não se aceitar a existência do erro sem ele estar associado à negligência.⁴⁹

Os médicos passam a raciocinar, sem razão, que a admissão de um erro poderá levá-lo a uma censura social ou ao aumento da fiscalização sobre os seus atos, principalmente pelo Conselho de Medicina e por seus colegas, que poderão considerá-lo incompetente ou negligente. Assim, é melhor esconder o erro, não admiti-lo ou, mesmo, culpar o paciente pelas conseqüências do ato profissional.⁴⁹

Embora o padrão da ética médica seja o da perfeição ou uma atuação profissional livre de erros, os médicos reconhecem que estes são inevitáveis e a maioria gostaria de refletir sobre os seus erros para aprender com eles. Do ponto de vista emocional os médicos precisam da compreensão de seus pacientes e dos seus pares, quando cometem erros. No entanto, são eles próprios que muitas vezes recusam apoio e sugestões, por estarem impregnados da cultura da infalibilidade ou, simplesmente, por medo.

Medo é o maior sintoma do profissional da Medicina diante do erro: medo do constrangimento perante os seus pares, medo da punição pelo seu conselho de Medicina e medo de uma demanda judicial.

No decorrer deste trabalho pôde-se perceber, claramente, que o Erro Médico é um assunto delicado e complexo que, desde tempos remotos até os dias atuais, suscita muitas discussões e traz à tona mais questionamentos do que respostas. O que de mais importante ficou deste estudo é que a tecnologia médica pode avançar de maneira excessiva, porém, se isso não for acompanhado de um crescimento e valorização do ser humano que existe em cada médico e em cada paciente, é sinal de que a Medicina continua enferma.

6 CONCLUSÕES

Os médicos infratores analisados na pesquisa são preponderantemente do sexo masculino (96,97%), contam com mais de 15 anos de experiência profissional (45,71%), não têm especialidade registrada no CREMESC (75,76%) e são oriundos de faculdades médicas do estado do Rio Grande do Sul (39,39%).

A área mais envolvida no procedimento que desencadeou a denúncia foi Ginecologia e Obstetrícia (32,30%). Foram registrados, no total dos PEPs analisados, 16 óbitos.

Predominou a origem das denúncias em hospitais (64,5%). A situação em que a denúncia foi originada caracterizou-se majoritariamente (48,4%) como urgência/emergência. Houve um predomínio de pacientes ou parentes como denunciantes (41,9%). A sociedade participou com 58,1% das denúncias e o meio médico com o restante (41,9%).

Após um ano do PEP, 73% dos condenados estavam na ativa do CRM-SC. E dos médicos que ainda não tinham especialização, 32% o realizaram posteriormente à denúncia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva WM. Responsabilidade sem culpa. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 1974.
2. CFM. Código de Ética Médica. 6 ed. Brasília: CFM; 2003.
3. D'Ávila RL. O comportamento ético-profissional dos médicos de Santa Catarina: uma análise dos processos disciplinares no período de 1958 a 1996. Florianópolis, SC, 1998. 136p. Dissertação (Mestrado em Neurociências e Comportamento) - Curso de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento da Universidade Federal de Santa Catarina.
4. Panasco WL. A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1984.
5. D'Acâmpora AJ, Corrêa G. Erro médico, uma abordagem. Acta Cirúrgica Brasileira, 11 (1): 42-46, 1996.
6. França GV. Direito médico. 8 ed. São Paulo: Fundação BYK, 2003.
7. Grisard N. (Coord.). Manual de orientação ética e disciplinar. 4 ed. Florianópolis: CREMESC, 2006. 196p.
8. Gullo C, Vitória G. Medicina: até os deuses erram. Isto é. São Paulo, nº 1.347 jul., 1995.
9. Martin LM. A ética médica diante do paciente terminal. Aparecida: Santuário, 1993.
10. França GV, Gomes JCM. Erro médico: um enfoque sobre sua origem e suas conseqüências. Montes Claros: Universidade de Montes Claros, 1999.
11. Neves MP. Thomas Percival: tradição e inovação. Bioética nº 11 de 27-11-2003. Disponível em: <http://www.cremal.org.br/revista/bio11v1/artigo1.pdf>. Acesso em 10/07/2007.
12. Riú JA. Responsabilidad profesional de los médicos. Buenos Aires: Lerner Editores Asociados, 1981.
13. Assad JE. Relação médico-paciente no final do Século XX. *In: Desafios Éticos.* Conselho Federal de Medicina, 104-11, 1993.
14. Dória A. Responsabilidade profissional médica. *In. Ética Médica.* Rio de Janeiro: Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, 1974.
15. Kriger Filho DA. Comentários ao código de processo ético-profissional médico. Porto Alegre: Editora Síntese, 1997.
16. Falcão MSSA. A Ética Médica e suas infrações – Um Estudo sobre os Processos Ético-Profissionais do Estado do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. FIOCRUZ, 26-7, 1994.

17. Penasco VL. A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1984.
18. Campos Júnior D. Saúde, crise e hipocrisia. Brasília: Do Autor, 1996.
19. Segre M. O médico e a justiça. São Paulo: AMB, 1985.
20. Martínez Calcerrada L. Derecho médico. Madrid: Tecnos, 1986.
21. Drumond JGF. As bases da relação médico/paciente. *In: Relação médico/paciente.* Belo Horizonte: CRM-MG, 1997.
22. Pereira LA. Responsabilidade médica: prevenção de acusações de Erro Médico. Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, v.15, n.º59, set. 1998.
23. Resoluções do Conselho Federal de Medicina. 2 ed. Rio de Janeiro, 1971.
24. Uchoa AC. Erro médico: de senhor da vida a senhor da morte. ARS, ago. 1993.
25. Coutinho LM. Código de ética médica comentado. São Paulo: Saraiva, 1989.
26. Vieira LC. Responsabilidade civil médica e seguro. Belo Horizonte: DelRey, 2001.
27. Maia DB. Erro médico no Brasil: análise de processos ético-profissionais julgados pelo Conselho Federal de Medicina no período de 1988 a 1998 (Monografia). São Luiz (MA), 1999.
28. Macri S, Golloni-Bertollo EM, Pavarino-Bertelli EC, Abbud Filho M. Avaliação e características do Erro Médico na região de São José do Rio Preto. Arq. Ciênc. Saúde, 2004; 11(1): 13-16, 2004.
29. Weissheimer WA, Biazevic MGH. Perfil dos médicos denunciados junto ao CREMESC no período de 1995 a 1999. Joaçaba, 2006. Dissertação apresentada ao Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Oeste de Santa Catarina.
30. Taragin, MI, Wilczek AP, Karns ME, Trout R, Carson JL. Physician demographics and the risk of medical malpractice. The American Journal of Medicine, 93 (11): 537-42, 1992.
31. Schwartz WB, Mendelson DN. Physicians who have lost their malpractice insurance. The Journal of the American Medical Association, 1989a; 262 (10): 1335-41.
32. Charles SC. The doctor-patient relationship and medical malpractice litigation. Bulletin of the Menninger Clinic, 1993; 57 (2): 195-207.
33. Sloan FA, Mergenhagen PM, Burfield WB, Bovbjerg RR, Hassan M. Medical malpractice experience of physicians. Predictable or haphazard? The Journal of the American Medical Association, 262 (23): 3291-7, 1989.

34. CFM. O Médico e o seu Trabalho – Resultados da REGIÃO SUL e seus estados. Brasília: CFM, 2005.
35. Gomes JCM. O atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro. *Bioética*, 4: 53-64, 1996.
36. Waters TM, Lefevre FV, Budetti PP. Medical school attended as a predictor of medical malpractice claims. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 330-6.
37. Machado MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
38. Ueno SC, Carvalho JPB. Perfil dos médicos envolvidos em Processos Ético-Profissionais no estado do Pará. Belém, PA, 2004. 55p. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade do Estado do Pará, como pré-requisito para obtenção do grau em Medicina.
39. Cook AF, Guttmanova K, Hoas H, Joyner JC. An Error by Any Other Name. *AJN* 2004; 104 (6):32 – 43, 2004.
40. Udelsmann A. Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. *Ver. Assoc. Med. Bras.* 2002; 48(2).
41. Jacobson PD. Medical malpractice and the tort system. *The Journal of the American Medical Association*, 262 (23): 3320-7, 1989.
42. Montoya D, Rosmanich A, Velásquez V, López, J. Querellas por responsabilidad medica segun especialidades en Chile. *Revista Medica de Chile*, 121 (4): 396-402, 1993b.
43. Reis C. Dano moral. Rio de Janeiro: Forense, 1991.
44. Moraes, IN. Erro médico e a Lei. 3 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1995. pp. 290-5.
45. Charles SC, Gibbons RD, Frisch PR, Pyskoty CE, Hedeker D, Singha N. Predicting risk for medical malpractice claims using quality-of-care characteristics. *Western Journal of Medicine*, 157 (4): 433-9, 1992.
46. Beckman HB *et al* The doctor-patient relationship and malpractice: lessons form plaintiff depositions. *Arch. Inter. Méd.*, 154: 1395, 1994.
47. Montenegro EP. Prevencion de los errores terapêuticos. *Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna* 2000; 13: 37-40.
48. Reis FC. Relação médico/paciente. CRM-MG, 2000.
49. Restrepo MPC. El consentimiento informado. Santa Fé de Bogotá: Editorial Temis, 1997.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de Novembro de 2005.

Para as referências bibliográficas foram adotadas as normas da Convenção de Vancouver (Canadá), de acordo com a 5ª edição dos “Requisitos Uniformes para originais submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas.

ANEXOS

I Protocolo de Coleta de Dados

Processos Ético-Profissionais junto ao CREMESC de março 1958 a junho 2006

PEP: _____/_____/_____

Denunciado 1

- 1) Sexo: () masculino () feminino
- 2) Data de graduação: ___/___/_____
- 3) Data da denúncia: ___/___/_____
- 4) Especialidade registrada: () não () sim
- 5) Local da graduação (Universidade): _____

Denunciado 2 (caso exista)

- 1) Sexo: () masculino () feminino
- 2) Data de graduação: ___/___/_____
- 3) Data da denúncia: ___/___/_____
- 4) Especialidade registrada: () não () sim
- 5) Local da graduação (Universidade): _____

Condenação

- 1) Procedência (Delegacia Regional): _____
- 2) Área médica do procedimento que gerou a denúncia: _____
- 3) Local da infração ética: () clínica/consultório () hospital, setor _____
- 4) Situação: () urgência () emergência () eletiva
- 5) Denunciante: () paciente ou familiar () *Ex-officio* () médico
() comissões de ética médica () outros representantes da sociedade
- 6) Óbito: () sim () não

Situação atual**Denunciado 1**

- ativos no CRM-SC
- em atividade em outro CRM
- cassados ou falecidos

Especialidade médica após a denúncia:

- sim não já tinham residência outra residência

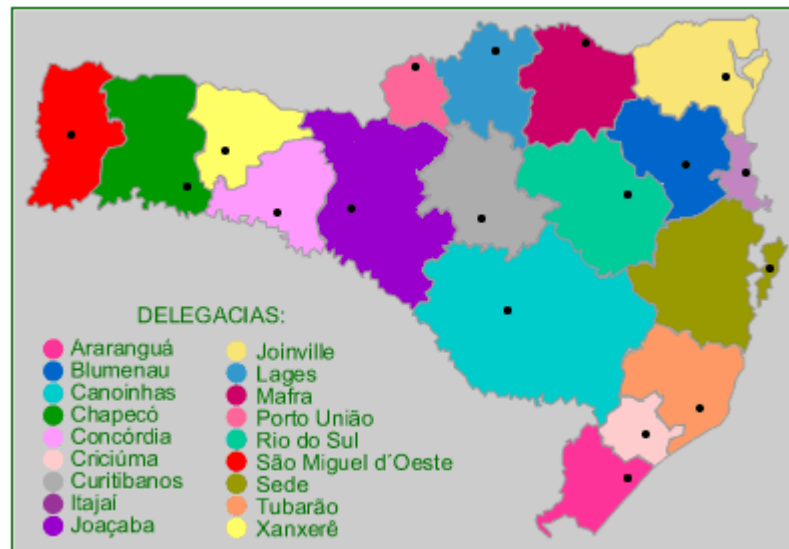
Denunciado 2 (caso exista)

- ativos no CRM-SC
- em atividade em outro CRM
- cassados ou falecidos

Especialidade médica após a denúncia:

- sim não já tinham residência outra residência

II Mapa das Delegacias Regionais do Estado de Santa Catarina



APÊNDICE

I Aprovação do CREMESC



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA - CREMESC -

DECLARAÇÃO

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, instituição de fiscalização da profissão de médico, criado pela Lei n.º 3268 de 30 de setembro de 1957, regulamentado pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, alterada pela Lei n.º 11.000 de 15 de dezembro de 2004, é dotado de competência legal para fiscalizar, por todos os, meios ao seu alcance, o exercício da medicina.

Declaramos para os devidos fins, que este Conselho apreciou a solicitação da estudante do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina Joana Mara Medeiros de Carvalho, datada de 01 de junho de 2006, que teve como objetivo desenvolver seu Trabalho de Conclusão de Curso, pesquisando os arquivos do CREMESC, fazendo análise dos Processos Éticos Profissionais, relacionados ao Artigo 29 do Código de Ética Médica, ocorridas até junho de 2006.

Sendo o que temos a apresentar.

Florianópolis, 03 de julho de 2006.

Dr WILMAR DE ATHAYDE GERENT
Presidente CREMESC

SEDE:
Av. RIO BRANCO, 535 - CONJ. 201/202
CAIXA POSTAL 1279
PHONE/FAX: (0XX48) 3223.5122
CEP 68019-201 - FLORIANÓPOLIS-SC

DEL. CHAPECÓ: (0XX49) 3723.0502
DEL. JONVILLE: (0XX47) 3433.9452
DEL. BLUMENAU: (0XX47) 3329.4554
DEL. RIO DO SUL: (0XX47) 3921.2000
E-MAIL: protocolo@cremesc.org.br

DEL. JOIAGABA: (0XX48) 3521.0119
DEL. LAGES: (0XX49) 3222.4051
DEL. SÃO MIGUEL D'OESTE: (0XX46) 3922.1673
DEL. CONCÓRDIA: (0XX48) 3442.5984
Home page: <http://www.cremesc.org.br>

DEL. TUBARÃO: (0XX48) 3622.3373
DEL. PORTO UNIAO: (0XX42) 3522.1342
DEL. ITAJAI: (0XX47) 3344.3329
DEL. CASCADURA: (0XX49) 5245.0791
DEL. XANXERÊ: (0XX49) 3433.2427

DEL. MEIRA: (0XX47) 3642.0462
DEL. ARAQUARI: (0XX48) 3522.1341
DEL. CRICIUMA: (0XX48) 3453.7223
DEL. PANDIÁLIA: (0XX47) 3622.0010

C:\Documents and Settings\secretariapres.CREMESC\Meus documentos\Luziana\MODELO\Modelo Ofício CREMESC - Aluna Joana.doc

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá aos seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de Novembro de 2005.);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

- 15 minutos para o aluno;
- 05 minutos para cada membro da Banca;
- 05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: _____

ALUNO: _____

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA.....

2. CONTEÚDO.....

3. APRESENTAÇÃO ORAL.....

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO.....

MÉDIA: _____ (_____)

ASSINATURA: _____