



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

TOMHARA ALVES ALMEIDA

JULGAMENTO ÉTICO DO MÉDICO EM SERGIPE

Aracaju/SE

2015

TOMHARA ALVES ALMEIDA

JULGAMENTO ÉTICO DO MÉDICO EM SERGIPE

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina.

Orientadora: Prof. Dra. Déborah Pimentel

Aracaju/SE

2015

TOMHARA ALVES ALMEIDA

JULGAMENTO ÉTICO DO MÉDICO EM SERGIPE

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina.

Aprovada em ___/___/_____

Déborah Pimentel (Orientadora)

Tomhara Alves Almeida

BANCA EXAMINADORA

ARACAJU

2015

Não sendo a Medicina uma ciência de cálculo, nem uma ciência apenas descritiva, e possuindo o seu raciocínio uma parte tão importante como os fatos, ela está cheia de erros, por causa da nossa ignorância sobre um número infinito de pormenores. Na Medicina, exatamente como em qualquer outro ramo dos nossos conhecimentos humanos, as cabeças de Hidra do erro renascem e multiplicam-se, à medida que vão sendo cortadas.

Dicionário Clássico de Medicina Interna e Externa - século XIX.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de paciência de muitos e orientação de alguns.

Agradeço a todos que possibilitaram a realização dessa pesquisa.

Agradeço especialmente a meus pais, Maria Alves Nascimento Almeida e José Almeida Filho, como uma pequena retribuição por todo apoio que recebi na minha trajetória.

À Anisia pelo apoio técnico e momentos de ajuda.

À Dra. Deborah Pimentel, minha grande orientadora, pela sua eterna prontidão, por todas as correções e pelo imenso conhecimento no assunto.

À Dra. Rosa Amélia e ao Dr. Hyder Aragão que me abriram as portas do CREMSE e fizeram de tudo para ajudar nessa missão.

Ao Dr. Marco Prado, não só pelo auxílio estatístico, mas pela sua solicitude e amizade em todos os momentos.

Ao Dr. Emanuel Messias, não só pela correção, mas pela disposição e conselhos.

Obrigado!

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	7
I. INTRODUÇÃO.....	8
II. REVISÃO DE LITERATURA.....	12
Referências Bibliográficas	22
III. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	25
IV. ARTIGO CIENTÍFICO	35
Resumo	38
Abstract	39
Resumen	40
Introdução	41
Metodologia	42
Resultados	42
Discussão	44
Considerações Finais	49
Referências Bibliográficas	51
Gráficos	53
V. Anexos	58
Autorização CREMSE	59
Autorização CONEP	60
Submissão à Revista Bioética CFM.....	61

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEM - Código de Ética Médica

CFM - Conselho Federal de Medicina

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CREMESE - Conselho Regional de Medicina de Sergipe

CRM - Conselho Regional de Medicina

MP - Ministério Público

TJ - Tribunal de Justiça

UFS - Universidade Federal de Sergipe

INTRODUÇÃO

O insucesso do médico na atualidade é alvo de denúncias em várias instâncias, quer administrativa, quer jurídica ou ainda nos Conselhos Regionais de Medicina (CRM), e nem sempre se tem um perfil deste profissional e tampouco o conhecimento de quais são as motivações das queixas e sanções sofridas.

As leis que normatizam a atuação médica não são exclusivas do nosso tempo. Desde a Idade Antiga, por volta de 1700 a.C., o Código de Hamurabi, um dos primeiros, se não o primeiro código de conduta de que se tem registros, já abrangia, entre as suas atribuições, a atuação do médico. Muitos anos depois, na Grécia Antiga (460-351 a.C.), Hipócrates, o pai da Medicina, formulou o princípio da não maleficência, *Primum Non Nocere*: “Aos doentes, tenha por hábito duas coisas: ajudar ou, pelo menos, não produzir dano”. Até por volta de 1.800 d.C., a ética, sobretudo a ética profissional, estava relacionada a questões pessoais inerentes ao cidadão. Conseqüentemente, o que era levado em conta era o caráter, a honra ou a desonra, a virtude ou o vício (O CÓDIGO DE HAMURABI, 1910; MIRANDA, 2009; CHEHUEN NETO *et al.*, 2011).

No Brasil, o primeiro decreto sobre o exercício legal da profissão de médico data de 1851, elaborado pela então Academia Imperial de Medicina, depois Academia Nacional de Medicina, mas sem as características de um código de ética. Somente em 1944 surgiria o primeiro código de ética médica oficialmente reconhecido pelo governo brasileiro, oficializado em setembro do ano seguinte, com a publicação do Decreto-lei nº 7.955, que criou os Conselhos Federal e Regionais de Medicina e pôs em vigor o citado código. Em 1987, como parte do processo de redemocratização pelo qual passava o país, um novo código foi produzido e publicado no Diário Oficial em janeiro de 1988, estando em vigor até os nossos dias, com algumas atualizações como a de 2009 e promulgado em 2010 (MIRANDA, 2009).

O profissional médico possui muitas atribuições e muitas vezes a vida do paciente depende dos seus conhecimentos e habilidades. Diante de tamanho poder surgem inúmeras responsabilidades, e no caso do médico, o acerto do diagnóstico e o sucesso da terapêutica são algumas delas. Contudo o médico nunca deixou, e nem deixará de ser humano, e os erros tendem a acontecer (MINOSSI, 2009).

Uma verdadeira revolução no direito a informação vem ocorrendo nos últimos anos. Hoje, a população tem maior acesso aos seus direitos, houve ainda uma evolução dos conhecimentos jurídicos e científicos, assim como a visão acerca da profissão médica. Respaldados pelo Código de Defesa do Consumidor, Novo Código Civil Brasileiro, Juizados Especiais Cíveis e Criminais, dentre outros, o cidadão consciente tem maiores possibilidades para lutar pelos seus direitos (CARVALHO *et al.*, 2006; MENDEL, 2009).

Segundo Reason 1990, alguns erros são mais visíveis aos olhos públicos e o erro médico é um exemplo, tornando o erro mais dramático, talvez um convite tentador para a exposição na mídia (CARVALHO; VIEIRA, 2002).

Os incidentes relacionados a erros médicos vêm ganhando grande importância, sendo discutidos com frequência e ênfase na mídia, muitas vezes sensacionalista, atraindo críticas de toda natureza, haja vista o trabalho médico ter repercussões sobre a saúde das pessoas. Mesmo assim, como a ponta de um imenso *iceberg*, os casos que se tornam públicos representam a imensa minoria. Isso se deve à percepção do erro. Alguns erros não produzem consequências perceptíveis aos pacientes e aos profissionais de saúde, sendo apenas classificados como incidentes não usuais e isolados, não gerando denúncias (CARVALHO; VIEIRA, 2002; SANTOS; SOUZA; FERNADES, 2011).

Quando diante de más práticas ou insucesso terapêutico, algumas vezes, as denúncias são realizadas e estes julgamentos são influenciados pela opinião pública, quando a mídia antecipa condenações sem entrar no mérito das questões de cunho essencialmente técnicos (PIMENTEL, 2013).

Contudo, nem todos entendem a diferença conceitual entre atividade de meios e de resultados. Na obrigação de meio não se assegura o resultado, tendo em vista a impossibilidade de se garantir a realização do fim a que se destina. Logo, haverá inadimplemento da obrigação apenas quando a atividade não for desempenhada com a diligência e o cuidado devidos. Ao revés, na obrigação de resultado, o devedor se compromete a atingir determinado fim, assegurando o efetivo cumprimento do objeto pactuado (MINOSSI, 2009; ALMEIDA, 2011).

Erro médico, portanto, não significa falta de conhecimentos ou de domínio de técnicas, mas pode surgir em decorrência de outras condições. Sendo assim, o julgamento, se torna necessário (INFANTE, 2006; PIMENTEL, 2013).

No Brasil não há estatísticas oficiais sobre a totalidade de processos envolvendo erro médicos, ao mesmo tempo é notável o aumento de ações judiciais contra esses profissionais (MINOSSI, 2009).

Este estudo tem como objetivo conhecer o perfil do médico infrator, identificar os principais denunciadores e motivações, conhecer os resultados, punições, duração dos processos e avaliar a relação do auxílio advocatício com o sucesso da causa.

Outrossim, a relevância desta pesquisa reside em conhecer e entender o perfil dos médicos infratores e as condições que envolvem estas denúncias através de um programa de divulgação destes resultados junto a instituições de saúde, órgãos de classe e escolas médicas. Pode, ainda, promover uma reflexão crítica destes profissionais, os quais, sensibilizados, poderão favorecer a melhora da qualidade dos cuidados por eles prestados, com maior segurança para seus pacientes, além de gerar dados sobre a evolução atual dos processos no CREMESE.

Estes resultados podem, também, direcionar uma proposta curricular no que tange a graduação em Medicina, com a possibilidade de se preparar melhor os futuros profissionais para uma prática mais humana e mais ética, assim como implementar cursos de reciclagem aos profissionais médicos já formados.

REVISÃO DE LITERATURA

O insucesso do médico na atualidade é alvo de denúncias em várias instâncias. Contudo, as leis que normatizam a atuação médica não são exclusivas do nosso tempo. O Código de Hamurabi, por volta de 1700 a.C. já dizia:

"Art. 215º - Se um médico trata alguém de uma grave ferida com a lanceta de bronze e o cura, ou se ele abre a alguém uma incisão com a lanceta de bronze e o olho é salvo, deverá receber dez siclos.

Art. 216º - Se é um liberto, ele receberá cinco siclos.

Art.217º - Se é o escravo de alguém, o seu proprietário deverá dar ao médico dois siclos.

Art. 218º - Se um médico trata alguém de uma grave ferida com a lanceta de bronze e o mata ou lhe abre uma incisão com a lanceta de bronze e o olho fica perdido, se lhe deverão cortar as mãos.

Art. 219º - Se o médico trata o escravo de um liberto de uma ferida grave com a lanceta de bronze e o mata, deverá dar escravo por escravo.

Art. 220º - Se ele abriu a sua incisão com a lanceta de bronze o olho fica perdido, deverá pagar metade de seu preço.

Art. 221º - Se um médico restabelece o osso quebrado de alguém ou as partes moles doentes, o doente deverá dar ao médico cinco siclos.

Art. 222º - Se é um liberto, deverá dar três siclos.

Art. 223º - Se é um escravo, o dono deverá dar ao médico dois siclos."

Esse código já demonstrava uma regulamentação do exercício da Medicina, inclusive com as punições devidas para cada erro cometido. Hipócrates, o pai da

Medicina, muitos anos depois, na Grécia Antiga (460-351 a.C.), formulou o Princípio da Não Maleficência, *Primum Non Nocere*: "Aos doentes, tenha por hábito duas coisas: ajudar ou, pelo menos, não produzir dano", reforçando assim que a preocupação com danos aos pacientes e com os erros médicos não são recentes (CHEHUEN NETO *et al.*, 2011).

Até por volta do ano de 1.800, a ética, sobretudo a ética profissional, estava relacionada a questões pessoais inerentes ao cidadão. Conseqüentemente, o que era levado em conta eram o caráter, a honra ou a desonra, a virtude ou o vício. A ética nada tinha a ver com códigos de conduta previamente estabelecidos. No Brasil, o primeiro decreto sobre o exercício legal da profissão de médico data de 1851, elaborado pela então Academia Imperial de Medicina, depois Academia Nacional de Medicina, mas sem as características de um código de ética (MIRANDA, 2009).

Somente em 1944 surgiria o primeiro Código de ética médica oficialmente reconhecido pelo Governo. Era o Código de Ética Médica aprovado no IV Congresso Médico Sindicalista realizado naquele ano, mas que só iria ser oficializado em setembro do ano seguinte, com a publicação do Decreto-lei nº 7.955, que criou os Conselhos Federal e Regionais de Medicina e pôs em vigor o citado Código (MIRANDA, 2009).

Em 1987, como parte do processo de redemocratização por que passava o país, foi realizada, no Rio de Janeiro, de 24 a 28 de novembro, a 1ª Conferência Nacional de Ética Médica, quando o texto de um novo Código foi produzido. Este Código, cuja finalidade seria não somente contemplar a realidade da prática médica, mas ter também a perspectiva e o compromisso de sua transformação, conforme Francisco Álvaro Barbosa Costa, então presidente do Conselho Federal de Medicina, foi publicado no Diário Oficial em janeiro de 1988, estando em vigor até os nossos dias, com algumas atualizações como a de 2009 (MIRANDA, 2009).

Uma verdadeira revolução no direito a informação vem ocorrendo nos últimos anos. Segundo Mendel (2009): "Enquanto, em 1990, apenas 13 países haviam adotado leis nacionais de direito a informação, hoje mais de 70 dessas leis já foram adotadas em nível global, e estão sendo consideradas ativamente em outros 20 ou 30 países." A visão do direito à informação como uma medida de governança

administrativa passou a ser considerado um direito humano fundamental. Dentre os direitos a informações pessoais podemos citar o acesso aos prontuários médicos (CARVALHO *et al.*, 2006).

No Brasil, a transparência, como direito, foi assegurada com a Constituição Federal de 1988, onde ficou estabelecido o acesso à informação como direito fundamental dos indivíduos (BRASIL, 2012).

Hoje, a população tem maior acesso aos seus direitos. Houve ainda uma evolução dos conhecimentos jurídicos e científicos, assim como a visão acerca da profissão médica. Respaldados pelo Código de Defesa do Consumidor, Novo Código Civil Brasileiro, Juizados Especiais Cíveis e Criminais, dentre outros, o cidadão consciente tem maiores possibilidades para lutar pelos seus direitos (MENDEL, 2009).

O profissional médico possui muitas atribuições, e muitas vezes a vida do paciente depende dos seus conhecimentos e habilidades. Diante de tamanho poder surgem inúmeras responsabilidades, e no caso do médico, o acerto do diagnóstico e o sucesso da terapêutica são algumas delas (MINOSSI, 2009).

Segundo Reason (1990), o erro é o preço que os seres humanos pagam pela habilidade de pensar e agir. Contudo, alguns erros são mais visíveis aos olhos públicos e o erro médico é um exemplo, devido por vezes ceifar vidas, causar dor imediata e dores a médio ou longo prazo, tornando o erro mais dramático, talvez um convite tentador para a mídia (CARVALHO; VIEIRA, 2002).

Segundo o CREMESP (2001):

"Usualmente, entende-se por erro médico toda falha cometida por médico no exercício de sua profissão. É comum a referência ao erro médico quando ocorre: o insucesso de um diagnóstico e ou de um procedimento, a falha na proposta de uma terapia, a utilização inadequada de um equipamento, a assistência insatisfatória ao doente, a dificuldade na relação médico-paciente, etc. Esse entendimento, além de inadequado, já que desconsidera o evento adverso, inerente à prática

médica, estabelece, previamente e de maneira preconceituosa, o julgamento de alguma coisa que não foi julgada".

É importante, no entanto, lembrar que o médico tem para com o paciente uma obrigação de meios e não de resultados. Assumindo assim, um compromisso de prestar meios adequados, de agir com diligência e de usar seus conhecimentos na busca de um êxito favorável, o qual nem sempre é certo (MINOSSI, 2009).

Segundo Costa; Oselka; Garrafa (1998, p. 244-5), na sua publicação *Iniciação à Bioética* editado pelo Conselho Federal de Medicina:

"Erro médico é a conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica capaz de produzir um dano à vida ou à saúde de outrem. Porém, cabe diferenciar erro médico oriundo do acidente imprevisível e do resultado incontornável. Acidente imprevisível é o resultado lesivo, advindo de caso fortuito ou força maior, incapaz de ser previsto ou evitado, qualquer que seja o autor em idênticas circunstâncias. Por outro lado, o resultado incontornável é aquele decorrente de situação incontornável, de curso inexorável, próprio da evolução do caso quando, até o momento da ocorrência, a ciência e a competência profissional não dispõem de solução".

O Código de Ética Médica (CFM, 2010, p. 42), no seu artigo primeiro, reza que é "vedado ao médico causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência".

Erro médico, portanto, não significa falta de conhecimentos ou de domínio de técnicas, mas podem surgir em decorrência das condições de trabalho, mesmo quando por força de ofício devemos garantir práticas seguras de saúde resguardando os interesses do paciente e seus direitos frente aos serviços recebidos, com o máximo de benefícios e com o mínimo de danos (INFANTE, 2006; PIMENTEL, 2013).

O exercício da Medicina não pode ser visto de maneira isolada. O ambiente também influencia muito no resultado final; a prova disso é que a Síndrome de

Burnout, adoecimento psíquico, caracterizada pelo esgotamento físico e mental diante da estafa, se torna cada vez mais comum no meio médico. Atualmente, o médico trabalha em hospitais sem estrutura, sobrecarregados, muitos em situações precárias, às vezes em trabalhos irregulares, com exaustiva carga de trabalho, desrespeito a intervalos e plantões consecutivos. Esta situação requer ao profissional da área jurídica maior aprofundamento para julgar temas médicos com precisão. A impotência da Justiça de entrar no mistério do médico, explica a complexidade desse problema (CARVALHO; VIEIRA, 2002; PIMENTEL, 2005).

Os médicos vivem em uma sociedade de pleno consumo, sendo geralmente obrigados a vender sua força de trabalho a valores não condizentes com sua formação e o seu preparo, que demandam cerca de 10 anos (BARBOSA *et al.*, 2007; PIMENTEL, 2013).

Segundo o Barbosa *et al.* (2007, p.13):

“A imensa maioria dos gestores públicos massacra continuamente a categoria médica com salários infames, provocando uma evasão sem precedentes de profissionais do Sistema Único de Saúde, principalmente nos grandes centros urbanos. São propositais as tentativas espúrias de substituir o médico por outros profissionais na assistência aos mais carentes, enganando a população. Os concursos públicos não são mais atraentes, e o outrora respeitado status de funcionário público é hoje desprezado pelos médicos recém-formados. Espremidos por Planos de Saúde com afãs estritamente financeiros, sem qualquer preocupação com a saúde dos brasileiros, uma população já ofegante, em que a classe média tem sucumbido às demandas de arcar com sua saúde, educação e lazer, as exigências de aperfeiçoamento contínuo e o estrangulamento do mercado de trabalho, estes profissionais já não encontram soluções individuais ao seu alcance. Embora geralmente por vocação e/ou escolha pessoal, aqueles que se fazem médicos almejam, além da realização profissional e pessoal, melhores ganhos econômicos, mas paradoxalmente

são acreditados pela população como 'ricos'. Esta expectativa social certamente influencia no momento de os médicos se desdobrarem em múltiplas atividades e plantões, sem com isso ter a segurança de um descanso anual remunerado ou mesmo contar com uma aposentadoria digna, como ocorre com algumas pessoas, a exemplo dos juízes e políticos".

Torna-se notório que a Medicina é uma profissão de alto risco, não só pelo cenário atual da Medicina no Brasil, mas também porque o erro é inerente à condição humana e o exercício da arte hipocrática não é diferente. Se os erros médicos sempre ocorreram e anda vão continuar existindo, o julgamento dos mesmos é necessário (FUJITA; SANTOS, 2009).

O julgamento de um possível erro, quando denunciado, pode ocorrer em várias esferas, tendo que responder por responsabilidade civil, criminal, administrativa (quando vinculado aos serviços, quer público, quer privado) e diante do órgão regulamentador da sua profissão, o Conselho Federal de Medicina, respondendo a um processo ético profissional (BOYACIYAN; CAMANO, 2006; BITENCOURT *et al.*, 2007; NASCIMENTO; TRAVASSOS, 2010).

Há, realmente, uma superposição de condutas, como foi aqui advertido no início deste trabalho, porque a primeira vedação posta ao médico no seu código de ética é praticar atos profissionais danosos aos pacientes, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência. Essas três formas de atuar configuram exatamente aquilo que chamamos em Direito de crime culposo e constitui o cerne daquilo que chamamos de culpa em oposição ao dolo, que é a premeditação, a intenção de se praticar uma infração penal (CFM, 2010).

Todas essas condutas já são condutas penais. O fato de o Código de Ética prever as penas vai mostrar que a responsabilidade do médico é muito grande. Realmente, o mesmo fato poderá ensejar três ordens de apuração: na ordem ético-disciplinar, já que será julgado pelo seu Conselho Regional de Medicina; na esfera administrativa; e na esfera de apreciação penal, um promotor de Justiça poderá denunciá-lo pela mesma falta, e as sanções serão outras, previstas no ordenamento

penal e disso advirá um pedido de indenização por danos materiais ou morais (CFM, 2010).

As regras de tramitação dos processos são definidas pelo Código de Processo Ético Profissional. Ele também define: competências, prazos, ritos e instrumentos, com o objetivo principal de assegurar a legitimidade e legalidade das decisões tomadas pelo Conselho Federal de Medicina. De fato, regular a apuração, analisar os fatos e aplicar sanções relacionadas ao descumprimento de uma determinada norma ou conjunto de normas é função específica dos códigos (CFM, 2010).

O julgamento ético profissional ocorre diante do órgão regulamentador da sua profissão, o Conselho Regional de Medicina (CRM), e é definido pelo Código de Ética Médica (CEM). Este protege não só os pacientes, como também os médicos, pois dentre os 128 artigos, 10 são direitos desses profissionais. Garante ao médico, por exemplo, exercer livremente a profissão, recusar-se a atender pacientes em ambientes desprovidos de condições adequadas, dentre outros (BOYACIYAN; CAMANO, 2006; BITENCOURT *et al.*, 2007; CFM, 2010).

Outra característica desse código é a enunciação de vedações. A lista de vedações é longa, desde o artigo 29 até o artigo 140, contudo não estipula as sanções correspondentes, se afastando assim das leis do Direito, onde cada infração corresponderia a uma sanção, imediatamente depois da estipulação da infração. Neste código não ocorre assim, o que aumenta a responsabilidade dos CRM, os quais definem qual a sanção correspondente a cada infração específica (CREMESP, 2001).

De um modo geral, os processos iniciam com a denúncia (*ex officio*, denunciante identificado ou por uma Comissão de Ética Médica) e através da mesma é instaurada a Sindicância. A Sindicância pode terminar com: arquivamento, conciliação ou instauração de um Processo Ético Profissional (PEP). Os PEPs terminam com o arquivamento ou a punição do médico acusado. As punições estabelecidas pela Lei nº 3.268, de 1957 são: advertência confidencial em aviso reservado, censura confidencial em aviso reservado, censura pública em publicação oficial, suspensão do exercício profissional por até 30 dias e cassação do exercício profissional. Tanto no final da sindicância quanto no final do PEP podem ser

solicitados recursos no Conselho Federal de Medicina, caso alguma das partes não aceite o resultado do julgamento no CRM (CFM, 2010).

Muitos são os fatores que podem influenciar os colegiados do CRM no seu julgamento. Por exemplo, se judicialmente essa infração já tiver sido apenada, isso pode influenciar o colegiado. Na verdade, as esferas são autônomas, mas se interpenetram. Uma constatação fática que não pode deixar de ser feita é que a Justiça é muito mais lenta do que a esfera de apuração administrativa. Mas, eventualmente, o fato da infração ter sido levada a conhecimento da Justiça pode influenciar o Conselho (CREMESP, 2001).

Devido à complexidade dos julgamentos médicos, especialistas aconselham o auxílio de advogado, inclusive definindo como "desastre" a autodefesa, principalmente nas ações judiciais. Contudo, não há um consenso quanto ao auxílio nas ações de cunho ético, ou seja, no CRM, onde a autodefesa é possível. Por se tratar de um colegiado formado por médico, a linguagem e as discussões demandam um conhecimento técnico científico grande na área. Sendo assim, se o advogado não tiver afinidade com essa área, acaba por não acrescentar muito na defesa do profissional médico. Não foi encontrada nenhuma pesquisa que comprove a necessidade do advogado nos processos ético de médicos (UDELSMANN, 2002).

Alguns Conselhos Regionais de Medicina, a exemplo dos da Paraíba, São Paulo, Goiás, Pará e Bahia preocuparam-se em traçar quais os fatores que incentivam as denúncias contra médicos naqueles estados e o perfil daqueles profissionais infratores, juntamente com as sanções sofridas. Segundo essas pesquisas a especialidade mais denunciada é Ginecologia e Obstetrícia e o perfil do denunciados é sexo masculino, numa faixa etária que varia entre 30 e 50 anos de idade, e menos da metade foi declarada culpada no final dos processos (BOYACIYAN; CAMANO, 2006; BITENCOURT *et al.*, 2007; FUJITA, SANTOS, 2009; SILVA *et al.*, 2010; SANTOS; SOUZA; FERNANDES, 2011; KOECHE, 2013).

Em Sergipe, entretanto, o Conselho Regional de Medicina ainda não possuía estes dados sistematizados, o que caracterizava uma lacuna do conhecimento, à qual este estudo de pesquisa propôs-se a preencher (BOYACIYAN; CAMANO, 2006;

BITENCOURT *et al.*, 2007; FUJITA, SANTOS, 2009; SILVA *et al.*, 2010; SANTOS; SOUZA; FERNANDES, 2011; KOECHE, 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, B.C.C. **Responsabilidade civil médica e o código de defesa do consumidor.** Revista Internacional de Direito e Cidadania, João Pessoa, n. 10, p. 41-53, 2011.

BARBOSA, G.A. *et al.* **A saúde dos médicos no Brasil.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007. 220p.

BITENCOURT, A.G.V. *et al.* **Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica.** Revista Brasileira de Educação Médica. Salvador, v. 31, n. 3, p. 223-8, 2007.

BOYACIYAN, K.; CAMANO, L. **O perfil dos médicos denunciados que exercem ginecologia e no estado de São Paulo.** Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 52, n.3, p. 144-7, 2006.

BRASIL. **Decreto nº 7.724/12, de 16 de maio de 2012. Lei de acesso à informação.** Diário Oficial, Brasília, DF, 17 mai. 2012, Seção 1, p.1.

CARVALHO, B.R. *et al.* **Erro médico: implicações éticas, jurídicas e perante o código de defesa do consumidor.** Revista de Ciências Médicas, Campinas, v. 15, n. 6, p. 539-546, 2006.

CARVALHO, M.; VIEIRA, A.A. **Erro médico em pacientes hospitalizados.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 261-8, 2002.

CHEHUEN NETO, J.A. *et al.* **Erro médico: a perspectiva de estudantes de medicina e direito.** Revista Brasileira de Educação Médica, Juiz de Fora, v.35, n.1, p. 5-12, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. 119 p.

COSTA, S.I.F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. **Iniciação à bioética.** CFM, Brasília, p. 244-5, 1998.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. **Responsabilidade ético-disciplinar do médico: suspensão e cassação do exercício profissional**, Anais do XII encontro dos CRMs das regiões Sul e Sudeste [publicação online]; 2001. Disponível em https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=3 Acesso em: 02 de jan. 2015.

FUJITA, R.R.; SANTOS, I.C. **Denúncias por erro médico em Goiás**. Revista Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 283-9, 2009.

INFANTE, C. **Bridging the “system`s” gap between interprofessional care and patient safety: sociological insights**. Journal of Inter Professional Care, Mexico City, v. 20, n. 5, p. 517-25, 2006.

KOECHE, L.G. *et al*, **Prevalência de erro médico entre as especialidades médicas nos processos julgados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina**. Arquivo Catarinense de Medicina, Joaçaba-SC, v. 42, n. 4, p. 45-53, 2013.

MENDEL, T. **Liberdade de informação: um estudo de direito comparado**. UNESCO, Brasília, v. 2, 2009.

MINOSSI, J.G. **Prevenção de conflitos médico-legais no exercício da medicina**. Revista Colégio Brasileiro Cirurgia. Botucatu, v.36, n. 1, p. 90-5, 2009.

MIRANDA, A.G. **A história dos códigos de ética médica**, Revista CFM, Belém, Caderno Pensar e Dizer, p 22-3, 2009.

NASCIMENTO, N.B.; TRAVASSOS, C.M.R. **O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente**. Physis: revista de saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 625-651, 2010.

O CÓDIGO DE HAMURABI. The eleventh edition of the encyclopaedia britannica, pelo Rev. Claude Hermann Walter Johns, M.A. Litt. D. 1910. Disponível em:

<https://historiablog.files.wordpress.com/2013/02/cc3b3digo-de-hamurabi.pdf> Acesso em: 04 de jan. 2015.

PIMENTEL, D. **O sonho do jaleco branco: saúde mental dos profissionais de saúde**. Aracaju: Universidade Federal de Sergipe; 2005, 226 p.

PIMENTEL, D. **A ética das relações: percepção de médicos e enfermeiros sobre os conflitos na prática profissional**. (Tese de Doutorado). Aracaju: Universidade Federal de Sergipe; 2013.

REASON, J. **Human error**. 1 ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.305 p.

SANTOS, M.F.O.; SOUZA E.H.A.; FERNANDES, M.G.M. **Perfil dos médicos envolvidos em processos ético-profissionais - Paraíba 1999 a 2009**. Revista Bioética, João Pessoa, v. 19, n. 3, p. 787-797, 2011.

SILVA, J.A.C. *et al.* **Sindicâncias e processos ético-profissionais no conselho regional de medicina do Pará: evolução processual no período de 2005 a 2007**. Revista Brasileira de Clínica Médica, Belém, v. 8, p.20-4, 2010.

UDELSMANN, A. **Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos**. Revista da Associação Médica Brasileira, Campinas, v. 48, n. 2, p. 172-82, 2002.

NORMAS PARA A PUBLICAÇÃO

Normas editoriais

A Revista Bioética foi idealizada pelo Conselho Federal de Medicina para fomentar a discussão multidisciplinar e plural de temas de bioética e ética médica. Sua linha editorial, bem como a composição e atuação do Conselho Editorial, são completamente independentes do plenário do CFM. Os autores são responsáveis pelas informações divulgadas nos artigos, que não expressam, necessariamente, a posição oficial do Conselho.

Critérios para aceitação de trabalhos

Serão aceitos, apenas em versão online, manuscritos inéditos de natureza conceitual, documental, resultantes de pesquisa ou experiências no campo da bioética ou ética médica, e revisão crítica relacionada a essas temáticas. Todos os manuscritos serão submetidos ao escrutínio dos editores, do Corpo Editorial e de pareceristas ad hoc, e devem receber dois pareceres de aprovação.

Após recebido, o manuscrito é conferido quanto ao tamanho do texto (6.000 palavras) e do resumo (150 palavras), bem como formatado e verificado quanto à originalidade no programa de plágio, Plagius - Detector de Plágio (Plagiarism Detector) Professional. Os resultados apontados pelo programa são criteriosamente analisados no sentido de verificar se as indicações referem-se a citações referenciadas ou a cópias indevidas. Nesta fase são também conferidas as referências, para verificar se estão completas, corretamente numeradas e apresentadas no estilo Vancouver, em conformidade com as normas editoriais – que podem ser encontradas no site <http://revistabioetica.cfm.org.br>, em português, inglês e espanhol. Se todos esses critérios estiverem atendidos, o manuscrito segue para edição inicial, na qual são observados conteúdo, adequação à linha editorial, aspectos ortográficos e gramaticais, e conferidas as palavras-chave no banco de dados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Caso nesta etapa não se faça necessário realizar nenhuma alteração no manuscrito, inicia-se a fase seguinte do processo editorial. Caso se identifique a necessidade de alterar ou complementar algum desses aspectos, o manuscrito retornará aos autores para ajustes. Após o recebimento desta versão inicial retificada tem início a etapa de avaliação do trabalho pelos pareceristas.

Nesta segunda fase os conselheiros e pareceristas ad hoc têm o prazo de 15 dias após o recebimento do texto para emitir o parecer, que pode ser de aprovação; necessita alterações; deve ser reexaminado após alterações ou não aprovado. Os critérios considerados nas avaliações são: enquadramento na linha editorial, originalidade das ideias apresentadas, atualidade, clareza do texto, adequação da linguagem, relevância das informações, coerência e lógica conceitual e metodológica. Além desses aspectos, são analisados o título, o resumo, a indicação e nome das partes do manuscrito, a indicação dos objetivos, método, apresentação de resultados, discussão e considerações finais. São verificadas ainda as referências, considerando sua adequação e atualização.

O critério para seleção dos pareceristas busca contemplar a mais ampla diversidade analítica possível, em consonância à interdisciplinaridade do campo da bioética. Cada artigo é enviado para avaliador com formação na área específica do trabalho (especialidades da Saúde e Biologia, Direito, Filosofia, Ciências Sociais etc), para outro que estude ou já tenha discutido o tema (iniquidades em saúde, Direitos Humanos, aborto, distanásia, genética, ética em pesquisa, etc) e, ainda, para o exame de bioeticista com formação lato ou *stricto sensu* em Bioética para avaliar a utilização de conceitos e categorias éticas. Para a aprovação final pode ser necessária nova adequação ou reformulação de partes do artigo, título ou referências, conforme recomendado no parecer sumulado, que os autores deverão responder em até 20 dias.

Em qualquer destas etapas os editores reservam-se o direito de promover alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical nos textos, com vistas a manter o padrão culto da língua e a melhor compreensão dos artigos, respeitando, porém, o estilo dos autores. Caso os autores decidam pela não publicação do manuscrito, após a edição inicial, a versão editada pela Revista Bioética pertencerá à mesma, não podendo ser enviada a outro periódico. A versão final do trabalho será submetida aos autores para aprovação. Entretanto, a revisão ortográfica e gramatical final do artigo, dos resumos e títulos em espanhol e inglês, por empresas especializadas, e também as provas finais de gráfica, não serão enviadas aos autores, assim como a tradução dos artigos para o inglês publicados online no site da revista.

Requisitos para apresentação de trabalhos

- Serão aceitos manuscritos inéditos, em português, espanhol e inglês. Em cada caso, devem ser seguidas as regras ortográficas correntes do idioma escolhido.
- Os trabalhos apresentados devem ser enviados por meio eletrônico – e-mail – em processador de texto RichFormatText (RTF) para bioetica@portalmedico.org.br.
- Os trabalhos submetidos não podem ter sido encaminhados concomitantemente a outros periódicos.
- As opiniões e conceitos apresentados nos artigos e a procedência e exatidão das citações são de responsabilidade dos autores.
- Serão sumariamente recusados manuscritos que reproduzirem na totalidade ou em partes, sem a devida referência, trabalhos de outros autores, bem como artigo, ou parte substancial deste, já publicado pelo próprio autor.

Identificação de artigos

- Os manuscritos devem ser acompanhados por folha inicial que deve trazer o título do artigo, o nome completo do autor, sua maior titulação acadêmica e vinculação departamental e institucional, além da cidade, estado e país.
- Como item separado, o nome completo do primeiro autor, endereço de correspondência e telefone, para troca de informação, e endereço eletrônico de todos os autores.
- Caso o primeiro autor não seja o responsável pelo contato com os demais autores acerca de revisões até a aprovação final do trabalho, especificar nome, telefone e endereço eletrônico do responsável.
- As colaborações individuais de cada autor na elaboração do manuscrito devem ser especificadas ao final.
- Caso o trabalho tenha sido anteriormente submetido a outro periódico e não publicado, deve-se identificar o referido veículo.

Formatação de artigos

- Os artigos devem ser formatados em tamanho de página A4, fonte Calibri, tamanho 10, espaço 1,5cm, margens de 2,5cm, em alinhamento justificado. Os

títulos devem ser destacados na cor verde e escritos na forma corrente, ou seja, somente são grafadas com letras maiúsculas a primeira letra da sentença e os nomes próprios. Não deve haver entrada de parágrafo ou qualquer outra marca de formatação que aumente ou diminua a distância entre eles. As páginas devem ser numeradas consecutivamente.

- O texto deverá ter até 6.000 palavras. O limite de palavras não inclui as referências, a identificação do trabalho e os resumos nas três línguas, considerados à parte.
- Os artigos em português devem trazer um resumo conciso, no máximo de 150 palavras, além de tradução para espanhol e inglês (resumen e abstract). Também o título deve ser conciso e explicativo (até 10 palavras), apresentado nos três idiomas.
- Cada resumo deve ser acompanhado de no mínimo três e no máximo sete palavras-chave, descritoras do conteúdo do trabalho e que possam auxiliar sua indexação múltipla. As palavras-chave devem ser retiradas do banco de Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://www.bireme.br/php/decsws.php>) e listadas no final dos resumos no idioma original, em espanhol e inglês, grafadas com inicial maiúscula e separadas por ponto.
- Sugere-se que os textos sejam divididos em seções, com títulos e subtítulos, quando necessário. Cada uma dessas partes ou subpartes deve ser destacada em verde, nunca por numeração progressiva. Para explicitar um subtítulo dentro de um título, deve ser usado o recurso *itálico*.
- Quando um autor for citado no corpo do texto, colocar unicamente o número da referência ao final da citação, em fonte sobrescrita, conforme exemplo: Potter 1 .
- Documentos citados no corpo do texto devem ser grafados em *itálico* (exemplo: Declaração de Helsinque).
- Não serão aceitos trabalhos com notas de rodapé. Toda e qualquer explicação ou consideração deve ser inserida no corpo do texto.

Artigos de pesquisa

- A publicação de trabalhos de pesquisa envolvendo seres humanos é de responsabilidade dos autores e deve estar em conformidade com as Normas e

Diretrizes para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/2012), considerando ainda os princípios da Declaração de Helsinque, da Associação Médica Mundial (1964 e reformulações subsequentes anteriores a 2008), além de atender a legislação específica do país onde a pesquisa foi desenvolvida. Pesquisas empreendidas no Brasil devem ser acompanhadas de cópia do parecer de aprovação no comitê de ética em pesquisa (CEP).

- A Revista Bioética apoia as políticas de registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Internacional Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional em acesso aberto de informação sobre estudos clínicos. Portanto, só serão aceitos artigos de pesquisa sobre ensaios clínicos que tenham recebido número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS/ICMJE, o qual deve ser apresentado ao final do resumo.
- Quando da aprovação de artigos de pesquisa, os autores devem enviar um termo de responsabilidade referente ao conteúdo do trabalho, atestando, inclusive, a inexistência de conflito de interesse que possa ter influenciado os resultados.

Autorização para publicação

A Revista Bioética considera que a apresentação do manuscrito e submissão do mesmo às recomendações dos editores e do Conselho Editorial caracteriza a aceitação para publicação. Quando aceito o artigo, todos os autores devem enviar a autorização para publicação da versão final do trabalho por meio eletrônico; o principal autor também por escrito, na forma de carta, assinada de próprio punho, endereçada à Revista Bioética, conforme modelo enviado pelos editores. Os artigos publicados serão propriedade da Revista Bioética, que deve ser citada em caso de reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico.

Referências

- As referências, em sua maioria, seguirão as normas propostas pelo Comitê Internacional de Revista Médica – Vancouver Style Comissão Internacional de

Editores de Revistas Médicas
http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

- Só serão aceitos artigos com referências citadas literalmente ou apontadas no corpo do texto.
- As referências devem ser feitas em algarismos arábicos sobrescritos, conforme exemplo: Potter ², e numeradas consecutivamente, pela ordem em que forem sendo citadas. E devem ser listadas ao final do artigo, na ordem numérica correspondente. Não serão aceitos artigos cujas referências utilizam recursos de formatação de programas de edição de texto. Ex. “Notas de rodapé” e “Notas de fim”.
- Não serão aceitos artigos com referências em ordem alfabética.
- Comunicações pessoais não serão aceitas como referências, podendo, porém, ser transcritas no texto, entre parênteses, com o nome da pessoa e data.
- As referências citadas apenas em quadros ou legendas de figuras devem estar de acordo com a sequência estabelecida pela primeira identificação no texto desse quadro ou figura.
- Todas as citações de outras fontes apresentadas no texto devem fazer parte das referências, incluindo documentos, tratados, reportagens, livros e capítulos de livros.
- Nas referências, artigos com vários autores devem incluir até seis nomes, seguidos de et al quando esse número for excedido.
- Deve-se sempre buscar a referência do original que se quer destacar e evitar referência de segunda ordem, ou seja, quando o autor citado está se referindo a outro. Se o apud for inevitável, isso deve ser explicitado no texto. Por exemplo: Analisando o trabalho de Potter, Pessine³ descreve...
- Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. Títulos de livros, local e nome de editoras não devem ser abreviados. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade dos autores.

Quadros e ilustrações

Recomenda-se que cada artigo seja acompanhado de, no máximo, três quadros, tabelas ou figuras – formatados no corpo do texto, abertos à revisão e não

copiados em formato de imagem. Devem ser numerados sequencialmente e indicar a fonte das informações apresentadas na parte inferior. Nos quadros, identificar as medidas estatísticas de variações, como o desvio padrão e o erro padrão da média.

Exemplos de citação de referências

Artigos de revistas

- Listar até os seis primeiros autores. Mais de seis, listar os seis primeiros e acrescentar et al.

Tongu MT, Bison SHDF, Souza LB, Scarpi MJ. Aspectos epidemiológicos do traumatismo ocular fechado contuso. *ArqBras Oftalmol.* 2001;64:157-61.

Garcia ME, Braggio EF, Martins ABK, Goulart LQ, Rubinsky A, César LO et al. Análise de dados dos exames periódicos efetuados nos trabalhadores da Universidade de São Paulo. *Rev Med Hosp Univ.* 2000;10:29-33.

Livros e outras monografias

- Autores individuais

Martin LM. A ética médica diante do paciente terminal: leitura ético-teológica da relação médico-paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica. Aparecida: Santuário; 1993.

Capítulo de livro

Costa SIF, Pessini L. Ética e medicina no limiar de um novo tempo: alguns desafios emergentes. In: Marcílio ML, Ramos EL, coordenadores. *Ética na virada do milênio: busca do sentido da vida.* 2ª ed. ver. apl. São Paulo: LTr; 1999. p. 231-42.

Livros de atas de conferência, congresso e encontro

Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde: 1998 set. 2-6; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

Outras publicações

- Artigo de jornal

Scheinberg G. Droga é principal forma de aborto. Folha de S. Paulo. 15 nov. 1999; Ciência: 12.

- Texto legal - Legislação publicada – NBR 6.028

Brasil. Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995. Normas para o uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados. Diário Oficial da União. Brasília, v. 403, nº 5, p. 337-9, 6 jan. 1995. Seção 1.

- Dicionário e referências semelhantes

Stedman. Dicionário médico. 25^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. Apraxia; p. 91.

- Texto clássico

The Winter's Tale: act 5, scene 1, lines 13-6. The complete works of William Shakespeare. London: Rex; 1973.

- Material não publicado/aguardando publicação

Martins-Costa J. A reconstrução do Direito Privado: reflexos dos princípios constitucionais e dos direitos fundamentais no Direito Privado (mimeo ou no prelo).

- Material eletrônico

Fortes PAC. A bioética em um mundo em transformação. Rev. Bioét (Impr.) 2011 ago; [acesso 22 dez. 2011]; 19(2): 319-27. Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/630/657

Para onde enviar:

bioetica@portalmedico.org.br ou revistabioetica@gmail.com

Conselho Federal de Medicina. SGAS 915, Lote 72

Brasília/DF, Brasil. CEP 70390-150

ARTIGO CIENTÍFICO

JULGAMENTO ÉTICO DO MÉDICO EM SERGIPE

Tomhara Alves Almeida¹

Déborah Pimentel²

1- Graduando em Medicina da Universidade Federal de Sergipe.

2- Professora Adjunta II de Medicina Legal e Deontologia Médica do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe e Professora Titular de Habilidades de Comunicação na Universidade Tiradentes.

JULGAMENTO ÉTICO DO MÉDICO EM SERGIPE

Tomhara Alves Almeida

Rua João Fernandes da Gama, 254, Centro

Ribeira do Pombal - Bahia

CEP: 48400-000

Telefone fixo: (75) 3276-2956

Celular: (79) 9982-2858

E-mail

Tomhara Alves Almeida: dr.tomhara@gmail.com

Déborah Pimentel: deborah@infonet.com.br

Julgamento ético do médico em Sergipe.

Resumo

Pesquisa documental (2004-2013) nos dados do Conselho Regional de Medicina do estado de Sergipe com os objetivos de conhecer o perfil do médico infrator, identificar os principais denunciadores e motivações, conhecer os resultados, punições, duração dos processos e avaliar a relação do auxílio advocatício com o sucesso da causa. No período foram instaurados 318 processos disciplinares envolvendo 337 médicos. As infrações estão relacionadas principalmente a documentos, morte e relação médico-paciente. Estes últimos são os principais denunciadores e 29 sindicâncias evoluíram para Processo Ético Profissional. A punição mais comum foi a censura confidencial em aviso reservado. O auxílio advocatício estava relacionado com o sucesso. O perfil do médico infrator é: sexo masculino, cerca de 50 anos, mais de 10 anos de graduado, ginecologista e obstetra. Com este panorama temos um perfil do médico infrator e criam-se possibilidades de criar medidas preventivas diretas.

Palavras-chave: Erro médico; ética; denúncias; processo ético profissional.

Judgment of medical ethics in Sergipe.

Abstract

Documentary research (2004-2013) on data from the Sergipe State Regional Medical Council aiming to know the profile of the offender doctor, identify key whistleblowers and motivations, know the results, punishments, length of proceedings and to assess the relationship of aid lawyer with the success of the cause. In the period they were initiated 318 disciplinary proceedings involving 337 doctors. The violations are mainly related to documents, death and doctor-patient relationship. The latter are the main whistleblowers and 29 inquiries have evolved to Professional Ethics Process. The most common punishment was reserved in private censorship notice. The aid lawyer was related to the success. The offender doctor's profile: male, about 50 years, more than 10 years of graduate, gynecology and obstetrics. With this background we have a profile of the offending doctor and it creates possibilities for establishing direct preventive measures.

Keywords: medical malpractice; ethics; complaints; professional ethics process.

Sentencia de ética médica en Sergipe.

Resumen

Investigación documental (2004-2013) em los datos del Consejo Regional de Medicina del Estado de Sergipe conel objetivo de conocer el perfil del médico infractor, identificar a los denunciantes y motivaciones clave, conocerlos resultados, los castigos, la duración del procedimiento y para evaluar la relación de asistencia advocatício com el éxito de la causa. En el período en que se iniciaron 318 procesos disciplinarios que involucran 337 médicos. Las violaciones están relacionados principalmente a los documentos, lamuerte y larelación médico-paciente. Estos últimos sonlos principales denunciantes y 29 investigacion eshan evolucionado para Proceso de Ética Profesional. El castigo más común fue reservado enla nota de la censura privada. La ayuda advocatício estaba relacionada com el éxito. El médico delincuente perfil: varón, de unos 50 años, más de 10 años de graduado, ginecología y obstetricia. Con el perfil del médico infractor y crea posibilidades para el establecimiento de medidas preventivas directas.

Palabras claves: error médico; ética; quejas; proceso de ética profesional.

INTRODUÇÃO

O insucesso do médico na atualidade é alvo de denúncias em várias instâncias, quer administrativa, quer jurídica ou ainda nos Conselhos Regionais de Medicina (CRM), e nem sempre se tem um perfil deste profissional e tampouco o conhecimento de quais são as motivações das queixas e sanções sofridas.

As leis que normatizam a atuação médica não são exclusivas do nosso tempo. Desde a Idade Antiga, por volta de 1700 a.C., o Código de Hamurabi, um dos primeiros, se não o primeiro código de conduta que se tem registros, já abrangia entre as suas atribuições, a atuação do médico¹⁻³.

O profissional médico possui muitas atribuições, e muitas vezes a vida do paciente depende dos seus conhecimentos e habilidades. Diante de tamanho poder surgem inúmeras responsabilidades, e no caso do médico, o acerto do diagnóstico e o sucesso da terapêutica são algumas delas. Contudo o médico nunca deixou, e nem deixará de ser humano, e os erros tendem a acontecer⁴.

Segundo Reason⁵, alguns erros são mais visíveis aos olhos públicos e o erro médico é um exemplo, tornando-o mais dramático, talvez um convite tentador para a exposição na mídia⁶.

Contudo, nem todos entendem a diferença conceitual entre atividade de meios e de resultados. A obrigação de meio não assegura o resultado, tendo em vista a impossibilidade de se garantir a realização do fim a que se destina. Logo, haverá inadimplemento da obrigação apenas quando a atividade não for desempenhada com a diligência e o cuidado devidos. Ao revés, na obrigação de resultado, o devedor se compromete a atingir determinado fim, assegurando o efetivo cumprimento do objeto pactuado^{4,7}.

Erro médico, portanto, não significa falta de conhecimentos ou de domínio de técnicas, mas pode surgir em decorrência de outras condições. Sendo assim, o julgamento, se torna necessário^{8,9}.

O julgamento ético profissional ocorre diante do órgão regulamentador da sua profissão, o Conselho Regional de Medicina (CRM), e é definido pelo Código de Ética Médica (CEM). Este protege não só os pacientes como também os médicos, pois dentre os 128 artigos, 10 são direitos desses profissionais^{10, 11, 12, 13}.

No Brasil não há estatísticas oficiais sobre a totalidade de processos envolvendo erros médicos, ao mesmo tempo é notável o aumento de ações judiciais contra esses profissionais⁴.

Este artigo tem como objetivo conhecer o perfil do médico infrator, identificar os principais denunciantes e motivações, conhecer os resultados, punições, duração dos processos e avaliar a relação do auxílio advocatício com o sucesso da causa.

Outrossim, a relevância desta pesquisa reside na perspectiva de que conhecer e entender o perfil dos médicos infratores e as condições que envolvem estas denúncias através de um programa de divulgação destes

resultados junto a instituições de saúde, órgãos de classe e escolas médicas, pode promover uma reflexão crítica destes profissionais que, sensibilizados, poderão favorecer a melhora da qualidade dos cuidados por eles prestados, com maior segurança para seus pacientes, além de gerar dados sobre a evolução atual dos processos no CRM.

METODOLOGIA

Pesquisa documental baseada em dados secundários, realizada através de processos arquivados (2004-2013) no Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe (CREMESE).

Como critérios de inclusão dos processos na pesquisa, foram selecionados todas as sindicâncias instauradas entre 01/01/2004 e 31/12/2013, totalizando um período de 10 anos.

O critério de exclusão foi a não finalização do processo até 30/06/2015.

Para a formação do perfil dos médicos denunciados, o profissional citado na denúncia deveria possuir registro no CREMESE, ter sido citado no momento da denúncia dos processos (inclusos na pesquisa), ou ser culpado citado nas denúncias investigativas (processos instaurados sem nenhum médico citado).

Foram excluídos do perfil dos médicos os profissionais que tiveram seu nome apenas citados no decorrer do processo (sem culpa comprovada).

A análise estatística foi feita por frequência absoluta e relativa, com exceção da análise da associação do auxílio advocatício com o sucesso no processo, que foi feito através do Teste do Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$).

Esta pesquisa foi previamente autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe e pelo CREMESE e não apresenta conflitos de interesse.

RESULTADOS

Denúncias

No período de 01/01/2004 a 31/12/2013 foram instaurados 318 processos disciplinares envolvendo um número de 337 médicos.

Destes processos instaurados, houve uma grande variedade de denunciantes (Gráfico 01), valendo destacar que o maior número de denúncias foram feitas pelos próprios pacientes, com 40,3% dos casos, e que foi grande o aumento do número de denúncias nesse período (25 denúncias em 2004 e 61 denúncias em 2013).

Quanto ao tipo de infração denunciada (Gráfico 02) os termos mais citados foram irregularidade de documentos com 20,4%, morte do paciente com 17,6% e dificuldade na relação médico-paciente com 13,8%.

Quanto às características do atendimento denunciado: 64% ocorreram no serviço público e 36% no serviço privado; 58% de forma eletiva e 42% num atendimento não eletivo (urgência ou emergência); com relação ao tipo de atendimento prestado, 66% foram clínicos e 34% foram cirúrgicos.

Evolução do processo ético

Dos 318 processos instaurados (sindicâncias) apenas 9,1% evoluíram para Processo Ético Profissional (PEP). Ainda na fase anterior à implantação do PEP, 3,8% das sindicâncias já julgadas pelo CREMESE tiveram recursos no Conselho Federal de Medicina (CFM) e desses recursos solicitados, 91% tiveram seus resultados mantidos, apenas 9% dos recursos tiveram seu resultado modificado pelo CFM.

Dos 29 PEP, 48% resultaram em punição e os outros 52% foram apenados.

Depois de encerrados esses 29 PEPs no CREMESE, 21% deles tiveram seus resultados questionados com recursos no CFM, 33% com resultado mantido e 67% com resultados alterados pelo CFM.

Na conclusão dos 318 processos instaurados, apenas 4,4% terminaram em punição: 58,3% foram censura confidencial em aviso reservado; 16,7% foram advertência confidencial em aviso reservado; 16,7% foram censura pública em publicação oficial e apenas 8,3% foram suspensão do exercício profissional por até 30 dias. Não foi registrada no período estudado nenhuma cassação do exercício profissional.

Tempos

O tempo de duração das sindicâncias (em dias), ao longo dos anos, pode ser visualizado no Gráfico 03, sendo que o tempo médio no período estudado foi de 503 dias.

O tempo médio de duração do PEP (Gráfico 04) foi de 1301 dias, com 2149 e 633 dias como o máximo e o mínimo tempo registrado, respectivamente.

No CFM (Gráfico 04) o tempo médio de recurso de sindicância registrado no período foi de 530 dias e o de recurso dos PEP foi de 424 dias.

O tempo de duração total dos processos éticos (em dias) pode ser visualizado no Gráfico 05, sendo observada uma média de 612 dias no período estudado.

Perfil dos médicos envolvidos

Para construção do perfil desses médicos foram abordados pontos como: idade, sexo, tempo de formação e especialização médica.

A idade foi dividida em faixas etárias: 3,3% tinham menos de 30 anos, 24,0% entre 30 e 40 anos incompletos, 29,7% entre 40 e 50 anos incompletos, 33,5% entre 50 e 60 anos incompletos e 9,5% com 60 anos ou mais.

O sexo predominante foi o masculino com 73% dos casos.

O tempo de exercício de profissão também foi dividido em faixas etárias: 3,3% menos que 5 anos de formados, 13,4% entre 5 e 10 anos incompletos, 14,5% entre 10 e 15 anos incompletos, 17,2% entre 15 e 20 anos incompletos, 31,5% entre 20 e 30 anos incompletos e 20,2% com 30 anos ou mais.

Dos 337 médicos, 268 tinham especialização médica registrada no CREMESE e entre estes, as especialidades mais comuns foram: Ginecologia e Obstetrícia (20,1%), Medicina do Trabalho (17,9%), Ortopedia e Traumatologia (9,3%) e Cirurgia Geral (9,0%).

Presença dos advogados

Nas sindicâncias, 25 médicos solicitaram ajuda de advogados e, nos PEPs, 22 médicos tinham suporte destes profissionais. A presença do advogado na fase de sindicância está associada ao sucesso ($p < 0,001$) tanto se o advogado estiver representando o denunciante ($p = 0,01$) ou o denunciado ($p < 0,001$). Já na fase de PEP, o advogado está associado ao sucesso somente representando o denunciado ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

O grande aumento do número de sindicâncias no período de 2004 a 2013 chama atenção, em média 10,8% ao ano. Esse cenário pode refletir a revolução no direito à informação que vem ocorrendo nos últimos anos. Hoje, a população tem maior acesso aos seus direitos; houve ainda uma evolução dos conhecimentos jurídicos e científicos, assim como a visão acerca da profissão médica. Respaldados pelo Código de Defesa do Consumidor, Novo Código Civil Brasileiro, Juizados Especiais Cíveis e Criminais, dentre outros, o cidadão consciente tem maiores possibilidades para lutar pelos seus direitos. Contudo, esse crescimento não influenciou o número de PEPs, que ficou praticamente constante no período^{14, 15}. Segundo Silva e Colaboradores¹⁶: "[...] apesar do aumento das acusações, muitas não têm embasamento teórico-legal que as justifiquem, mostrando banalização e desrespeito à classe médica." Demonstra assim, que o aumento do acesso à justiça pode gerar, também, o aumento do número de denúncias inconsistentes que não evoluem para PEPs e, por conseguinte, punições.

De um modo geral, os processos iniciam-se com uma denúncia que pode ser *ex officio* (por iniciativa do próprio Conselho Regional de Medicina), por um denunciante identificado ou ainda pela Comissão de Ética Médica de algum órgão ou estabelecimento médico e através da mesma se instaura a Sindicância¹².

Os próprios pacientes foram os que mais denunciaram seus médicos em Sergipe (40,3%), mesmo somadas todas as denúncias *ex officio* (35,1%). Santos¹⁷ avaliou as denúncias realizadas entre 1999 e 2009 no Conselho

Regional de Medicina da Paraíba (CRM-PB) e encontrou resultados diferentes da pesquisa atual, em que os familiares foram os que mais denunciaram naquele CRM (32,0%), seguidos pelo Ministério Público (19,7%) e pelo CRM-PB (15,1%), ficando o próprio paciente apenas em quinto lugar (8,8%). Esses resultados, por si só, já demonstram particularidades locais que devem ser consideradas na implementação de medidas preventivas. Comparando os resultados, vale destacar as poucas denúncias realizadas pelo próprio CREMESE num período de 10 anos, apenas quatro (1,9%), enquanto que no CRM-PB foram 22 (15,1%), o que pode demonstrar por inferência, uma menor atuação do CRM em Sergipe no seu papel fiscalizador.

As práticas danosas aos pacientes podem ser caracterizadas como imperícia, imprudência ou negligência. Essas configuram exatamente aquilo que chamamos em Direito de crime culposo, que é a premeditação, a intenção de se praticar uma infração penal. Contudo algumas infrações não se limitam conceitualmente a apenas um desses três erros e devem ser avaliadas conforme a sua especificidade¹⁸. Na atual pesquisa, as infrações denunciadas foram as mais diversas, e as mais predominantes foram relacionadas aos documentos médicos, morte e relação médico - paciente.

Sobre os três principais motivos de denúncias, os documentos citados foram o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) e o exame demissional, que geram conflitos no que tange aos benefícios que os pacientes supõem ter direitos e que foram cerceados, na percepção destes, pelos relatórios médicos. Este resultado concernente aos documentos médico-legais, que em Sergipe desponta como principal motivo de denúncias junto ao CREMESE difere de outros Estados onde, apesar de presente, não há um destaque maior. Mostra ainda a mudança na escala de prioridades da sociedade que vem influenciando no exercício da Medicina, haja vista a busca de reparações que pacientes buscam quando se sentem lesados nos seus supostos direitos¹⁹. Esta mudança representa a tendência atual de judicialização da Medicina no Brasil. Segundo Udelsmann²⁰: "[...] a tendência à institucionalização da indústria da indenização, cópia deformada de modelos existentes em outros países mais evoluídos. Médicos não têm formação jurídica, mas deveriam começar a olhar a questão com interesse, se pretendem continuar a exercer a profissão e sobreviver no mercado de trabalho".

O segundo motivo maior de denúncias são as mortes, as quais tinham sempre o pressuposto, por parte do denunciante, de que as mesmas poderiam ter sido evitadas, argumentando que a culpa teria sido do médico assistente. A defesa do médico, por outro lado, sempre era baseada nos prontuários e na própria literatura médica, que geralmente aponta riscos e complicações inerentes aos procedimentos e ao curso das patologias que culminaram no óbito.

Quanto à relação médico-paciente, terceira maior causa de denúncias, sabe-se ser de difícil construção, além de ser um processo complexo que demanda esforços de ambas as partes, sendo essencial no tratamento humanizado. Contudo, para tanto, a comunicação é necessária, e é justamente a falta desta habilidade que desencadeia os conflitos, os quais, posteriormente, culminam nas denúncias citadas literalmente como "dificuldade na relação médico-paciente".

Na avaliação do atendimento em Sergipe, a maioria dos casos ocorreu por ordem de frequência de denúncia, na tríade: atendimento público, clínico e eletivo. Este resultado não segue um padrão nos demais Estados onde existem estudos semelhantes. No CRM da Bahia (2000-2004) a tríade foi atendimento público, cirúrgico, urgência/emergência. Em Goiás (1992-1997) o mais frequente era a tríade privado e cirúrgico e no Distrito Federal (1992-1997), público e cirúrgico¹⁰.

Após a denúncia ocorre a instauração da sindicância que pode evoluir para: arquivamento, conciliação ou instauração de Processo Ético-Profissional (PEP). Os PEPs por sua vez podem resultar em arquivamento ou na punição do médico acusado¹².

Na evolução do processo ético, chama a atenção que apenas 9,1% das sindicâncias instauradas evoluem para PEP. Fujita¹⁹ analisou dados do CRM em Goiás entre 2000 e 2006 e obteve uma proporção de 35% de evolução para PEP, o que pode demonstrar a pouca consistência das denúncias em Sergipe ou até o uso indevido do CRM local como um mero órgão parecerista da atuação médica para dar consistência às denúncias na justiça comum. As esferas de julgamento (civil, penal e ética) são autônomas, mas se interpenetram. Sabendo disso, alguns pacientes utilizam o resultado do julgamento ético para influenciar o resultado do julgamento cível que, economicamente falando, é mais interessante para o denunciante¹⁸.

Na avaliação dos fatos denunciados, o prontuário é imprescindível, sendo o primeiro documento solicitado pelos órgãos julgadores. O prontuário é o conjunto de documentos padronizados e ordenados onde são registrados o atendimento e os cuidados prestados ao paciente e este serve tanto para os denunciadores quanto para os denunciados, figurando como a principal peça de defesa do médico. Contudo, a qualidade das anotações feitas, algumas vezes, deixa a desejar, tanto pela pobreza da descrição do atendimento quanto pela escrita ilegível que compromete um juízo adequado dos fatos. Como o prontuário é de responsabilidade obrigatória e intransferível do médico, frente a estas dificuldades promovidas por ele próprio, este perde a melhor chance de se defender. Quando sem essa opção de defesa no CREMESE, os médicos e seus defensores usaram as provas testemunhais combinadas com o aporte da literatura figurando assim, como os principais meios de defesa do médico²¹.

As punições estabelecidas pela Lei nº 3.268, de 1957 e ainda em vigor são: advertência confidencial em aviso reservado, censura confidencial em aviso reservado, censura pública em publicação oficial, suspensão do exercício profissional por até 30 dias e cassação do exercício profissional. Tanto no final da sindicância quanto no final do PEP podem ser solicitados recursos ao Conselho Federal de Medicina caso alguma das partes não aceite o resultado do julgamento no CRM¹².

Quando diante dos resultados dos julgamentos no CREMESE, em algumas circunstâncias, uma das partes não se sentiu satisfeita, recorreu para o CFM. Foram 18 recursos no período, sendo 12 de sindicâncias e seis de PEPs.

Com relação aos recursos de sindicância, dos 12 solicitados, o CFM manteve as decisões do Regional em 11 processos e apenas um recurso, cujo resultado inicial era arquivamento, teve seu resultado alterado por decisão Federal, e então o PEP foi instaurado.

Dos 29 PEPs julgados pelo CREMESE, 13,8% tiveram os seus resultados alterados pelo CFM. Seis processos do total dos PEPs tiveram seus resultados questionados e recorreram ao CFM: cinco foram recursos de médicos que haviam sido penados no CRM, em que três deles foram inocentados no Federal e os outros dois tiveram suas sanções mantidas. E o sexto recurso foi feito pelo denunciante porquanto o médico ter sido inocentado pelo CREMESE e o CFM, em novo julgamento, mudou o resultado e o médico foi penalizado.

Enfim, dos 18 recursos feitos ao CFM, cinco lograram êxito, o que equivale à mudança de decisões de 27.8% das apelações, número muito alto, que pode apontar uma possível fragilidade na condução dos processos. Não foi possível efetuar comparações com outros estudos por falta de dados na literatura.

As punições ocorreram em apenas 4,4% dos processos instaurados, nenhuma pena capital foi aplicada nesse período de 10 anos e apenas ocorreu uma pena de suspensão por 30 dias. Bitencourt 2007¹⁰, também não identificou a cassação do exercício profissional no período de 2000 à 2004 no CRM da Bahia. Esses resultados podem sugerir quão leves são as punições aplicadas nos vários estados. Destaca-se ainda o grande vazio que há entre a suspensão de 30 dias e a suspensão permanente do exercício profissional, o que pode demonstrar necessidade de outras penas gradativas entre as mesmas para uma maior adequação da infração com a pena devida. A senadora Maria do Carmo Alves (Sergipe) tem projeto de Lei nº 437/2007 ainda sendo avaliado pela Comissão de Assuntos Sociais para estabelecer novas e intermediárias penas disciplinares às existentes nos Conselhos de Medicina²².

Quanto ao tempo de duração do processo, é perceptível a sua diminuição no decorrer dos anos. O tempo de uma sindicância atingiu em 2006 a maior média registrada que foram 829 dias e evoluiu positivamente, com maior celeridade até 2013, quando o tempo reduziu a uma média de 153 dias. O tempo total do processo seguiu a tendência de queda observada nos tempos da sindicância durante os anos, pois em 2006 a média era de 1004 dias e em 2013 atingiu-se a mesma média de 153 dias.

Outro ponto a ser destacado é o tempo médio, consideravelmente alto, para o julgamento de um recurso no CFM, 530 e 424 dias, para apelações de sindicância e de PEP respectivamente. Não foi possível comparações por falta de dados em estudos anteriores.

O auxílio advocatício nas ações no CRM, onde a autodefesa é possível, é controverso. Por se tratar de um colegiado formado por médicos, a linguagem e as discussões demandam um grande conhecimento técnico-científico na área. Assim sendo, se o advogado não tiver afinidade com essa área, acaba por não acrescentar muito na defesa do profissional médico²⁰. Não foram encontrados estudos anteriores que comprovem a associação do auxílio advocatício com o sucesso no processo ético de médicos. Entretanto, no presente estudo,

a análise estatística comprova a associação positiva do auxílio advocatício com o sucesso, com a exceção da representação do denunciante no PEP. Esses resultados podem sedimentar a importância do auxílio advocatício nos Conselhos de Medicina.

Em 31/12/2013 constavam 3.380 médicos ativos inscritos no CREMESE. Se considerar que 337 médicos foram envolvidos em processos observados neste estudo, isso representa 9,97% do total de profissionais. Esse é um número, estatisticamente, muito significativo e que carece de atenção por parte do Conselho, gestores e principalmente de coordenadores dos cursos de Medicina na preparação de novos profissionais, haja vista este preocupante crescimento de denúncias a cada ano.

A faixa etária média do médico denunciado ficou em torno dos 40 anos em praticamente todas as pesquisas. Contudo, as últimas pesquisas vêm demonstrando uma mudança nesta faixa para a dos 50 anos. Essa mudança pode refletir o envelhecimento da população médica infratora e uma possível relação maior com a geração e não necessariamente com a idade. Isto pode demonstrar uma melhor qualificação ética dos novos profissionais formados e a necessidade de uma atualização para as gerações mais antigas^{10, 17}.

O sexo predominante foi o masculino com 73% dos casos. Entre os 14 profissionais punidos no período, apenas três mulheres foram apenadas. Provavelmente, as mulheres são mais atentas aos regulamentos vigentes, documentos médico legais mais bem elaborados, prontuários mais descritivos e organizados e conseguem ter uma boa relação médico-paciente, exercendo uma Medicina mais humanitária e empática. Estes resultados seguem a tendência nacional^{10, 16, 19, 23}.

Diferente do que muitos poderiam pressupor, os recém-formados, supostamente pouco experientes e inseguros, não são os mais denunciados, Segundo Santos¹⁷ apenas 16,2% dos médicos denunciados na Paraíba, entre 1999 e 2009, tinham menos de 10 anos de formados. Realidade reiterada neste estudo (17,8%).

A Ginecologia e Obstetrícia foi a especialidade com maior quantidade de médicos denunciados, reiterando os resultados encontrados em outras pesquisas similares. Em Santa Catarina, as especialidades mais denunciadas foram: ginecologia e obstetrícia, anestesiologia, ortopedia e medicina do trabalho²³. Na Bahia: ginecologia e obstetrícia, cirurgião geral, anestesiologia, ortopedistas e clínicos¹⁰. Em Goiás: ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, medicina do trabalho, clínica médica, nessa ordem¹⁹. A maioria dos trabalhos explica a presença destas especialidades no topo da lista das especialidades denunciadas devido aos procedimentos cirúrgicos a eles incumbidos, os quais demandam um risco agregado maior, como morte ou complicações pós-procedimento²³.

Avesso a essa associação, a especialidade medicina do trabalho, caracteristicamente clínica, desponta entre as mais denunciadas, não só em Sergipe, como no estudo realizado em Santa Catarina e em Goiás. Não é a toa que a primeira causa de denuncia no CREMESE decorra de discordâncias ou irregularidades de documentos médicos, como o ASO ou exame demissional, documentos esses produzidos por esse especialista. O maior acesso da população aos seus direitos gerou uma falsa impressão que os pacientes têm direito a tudo e aquele

documento médico produzido que, em seu conteúdo, não beneficie de alguma forma o paciente avaliado, principalmente quando se trata de benefício financeiro, gera um desconforto que pode acabar em discussão judicial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ficou registrado uma crescente celeridade dos trâmites legais na resolução dos processos no CREMESE com o passar dos anos, perceptível com a diminuição do tempo de julgamento no transcorrer dos 10 anos pesquisados. Comprova ainda, adverso às suposições lançadas na literatura, o que se revela como achado inédito, que há associação estatística significativa do auxílio advocatício no CREMESE com o sucesso do julgamento, com a exceção da representação do denunciante no PEP.

As limitações do presente estudo envolvem uma falta de resposta assertiva se a faixa etária de médicos denunciados continuará subindo, o que mostraria uma correlação maior com a geração de médicos e não apenas com a faixa etária e poder-se-ia buscar respostas para este fenômeno. Precisa-se de um acompanhamento por mais tempo destas sindicâncias e PEPs.

Frisa-se o grande vazio que há entre a suspensão de 30 dias e a suspensão permanente do exercício profissional, o que pode demonstrar a necessidade de outras penas gradativas entre as mesmas para uma maior adequação da infração com a pena devida. Porém, ressalta-se ainda a suavidade das punições aplicadas pelo CREMESE, mesmo diante de fatos comprovadamente mais graves, sem nenhuma pena capital nesse período de 10 anos e apenas uma pena de suspensão por 30 dias registrada a despeito da gravidade de fatos denunciados.

Como crítica, destacam-se as poucas denúncias realizadas pelo próprio CREMESE (*ex officio*) num período de 10 anos, apenas quatro, o que pode demonstrar uma pouca atuação do CREMESE, principalmente como instituição fiscalizadora, haja vista todas as falhas visíveis e gritantes no sistema público de saúde, de onde vem a maioria das queixas, apontadas pela insatisfação da população, pela mídia e ainda pelo teor das próprias denúncias.

Faz-se necessário um maior acompanhamento, por parte dos Conselhos de Medicina, aos profissionais formados, no intuito de reciclar conhecimentos e investir na prevenção dos problemas éticos que possam surgir. Como opções para tal podem ser implementados cursos de reciclagem para os profissionais médicos, inclusive oferecidos pelo próprio CREMESE, a título de educação continuada, voltados para algum tipo de alerta e profilaxia de infrações e erros médicos, concomitante com a obrigatoriedade dos cursos para os profissionais que fossem comprovadamente infratores.

Conclui-se que para melhor enfrentar um problema devemos conhecê-lo a fundo. Sendo assim, estes resultados podem direcionar para novos estudos e para uma proposta curricular no que tange a graduação em

Medicina, com a possibilidade de se preparar melhor os futuros profissionais para uma prática mais humana e, essencial e principalmente, mais ética.

REFERÊNCIAS

- (1) O código de Hamurabi. The eleventh edition of the encyclopaedia britannica, pelo Rev. Claude Hermann Walter Johns, M.A. Litt.D. 1910 [acesso em 04 jan 2015]. Disponível em: <https://historiablog.files.wordpress.com/2013/02/cc3b3digo-de-hamurabi.pdf>
- (2) Chehuen Neto JAC, Sirimarco MT, Figueiredo NSV, Barbosa TN, Silveira TG. Erro médico: a perspectiva de estudantes de medicina e direito. Revista brasileira de educação médica. 2011; 35(1): 5-12.
- (3) Miranda AG. A história dos códigos de ética médica, Revista CFM. maio - junho 2009; Caderno Pensar e Dizer: 22-23.
- (4) Minossi JG. Prevenção de conflitos médico-legais no exercício da medicina. Revista Colégio Brasileiro Cirurgia. 2009; 36 (1): 90-95.
- (5) Reason J, Human error. Cambridge: Cambridge University Press; 1990
- (6) Carvalho M, Vieira AA. Erro médico em pacientes hospitalizados. Jornal de Pediatria. 2002; 78 (4): 261-8.
- (7) Almeida BCC. Responsabilidade civil médica e o código de defesa do consumidor. Revista Internacional de Direito e Cidadania. 2011; 10: 41-53.
- (8) Infante C. Bridgingthe “system`s” gap between interprofessional care and patient safety: sociological insights. Journal of Inter Professional Care. 2006; 20 (5): 517-25.
- (9) Pimentel D. A ética das relações: percepção de médicos e enfermeiros sobre os conflitos na prática profissional. (Tese de Doutorado). Aracaju: Universidade Federal de Sergipe; 2013.
- (10) Bitencourt AGV, Neves NMBC, Neves FBCS, Brasil ISPS, Santos LSC. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. Revista Brasileira de Educação Médica. 2007; 31 (3): 223-228.
- (11) Boyaciyan K, Camano L. O perfil dos médicos denunciados que exercem ginecologia e no estado de São Paulo. Revista Associação Médica Brasileira. 2006; 52 (3): 144-147.
- (12) CFM. Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010.
- (13) Nascimento NB, Travassos CMR. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. Revista de Saúde Coletiva. 2010; 20 (2): 625-651.

(14) Carvalho BR, Ricco RC, Santos R, Campos MAF, Mendes ES, Mello ALS, et al. Erro médico: implicações éticas, jurídicas e perante o código de defesa do consumidor. Rev. Ciênc. Méd. 2006; 15 (6): 539-546.

(15) Mendel T. Liberdade de informação: um estudo de direito comparado. 2. Ed. Brasília: UNESCO; 2009.

(16) Silva JAC, Brito MVH, Oliveira AJB, Brito NB, Gonçalves RS, Fonseca SNS. Sindicâncias e processos ético-profissionais no conselho regional de medicina do Pará: evolução processual no período de 2005 a 2007. Revista Brasileira de Clínica Médica. 2010; 8:20-24.

(17) Santos MFO, Souza EHA, Fernandes MGM. Perfil dos médicos envolvidos em processos ético-profissionais - Paraíba 1999 a 2009. Revista Bioética. 2011; 19 (3): 787-797.

(18) CREMESP. Responsabilidade ético-disciplinar do médico: suspensão e cassação do exercício profissional, Anais do XII encontro dos CRMs das regiões Sul e Sudeste [publicação online]; 2001 [acesso em 02 jan 2015]. Disponível em https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=3

(19) Fujita RR, Santos IC. Denúncias por erro médico em Goiás. Revista Associação Médica Brasileira, 2009; 55 (3): 283-289.

(20) Udelsmann A. Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. Revista da Associação Médica Brasileira. 2002; 48 (2): 172-82.

(21) Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina. Manual de orientação ética e disciplinar. Revista CREMESC, 2013; 5 (1): 90-7.

(22) Alves MC. Projeto de Lei do Senado nº 437, de 2007: altera o art. 22 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências, para estabelecer novas penas disciplinares. [acesso em 10 jan 2015]. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/10779.pdf>

(23) Koeche LG, Cenci I, Bortoluzzi MC, Bonamigo EL. Prevalência de erro médico entre as especialidades médicas nos processos julgados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. Arquivo Catarinense de Medicina. 2013 jul-set; 42(4): 45-53.

GRÁFICOS

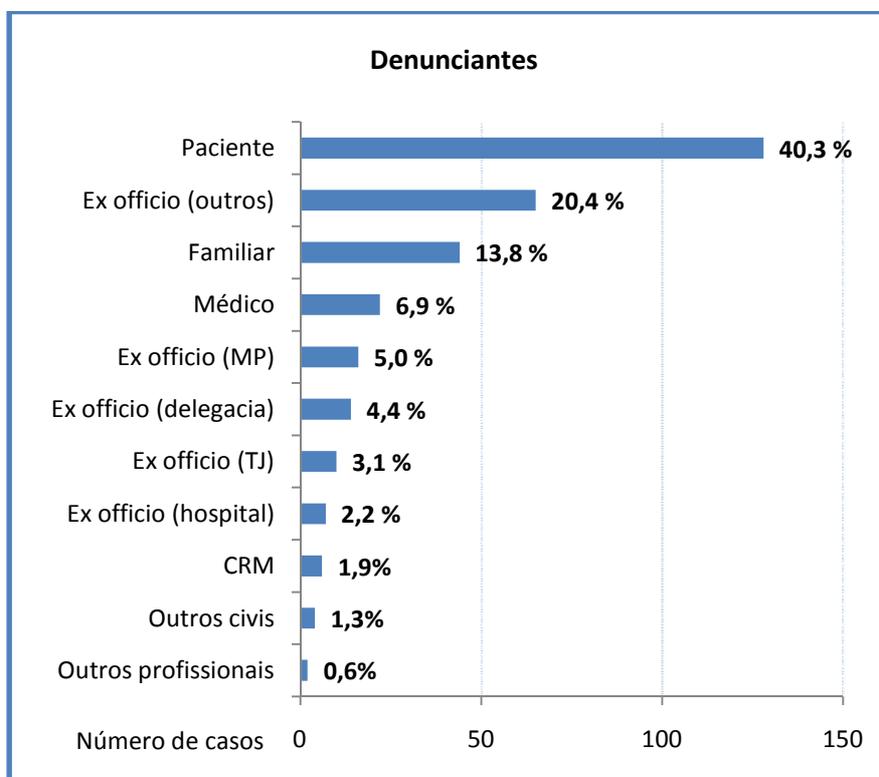
Gráfico 01: distribuição dos denunciantes CREMESE (2004-2013)

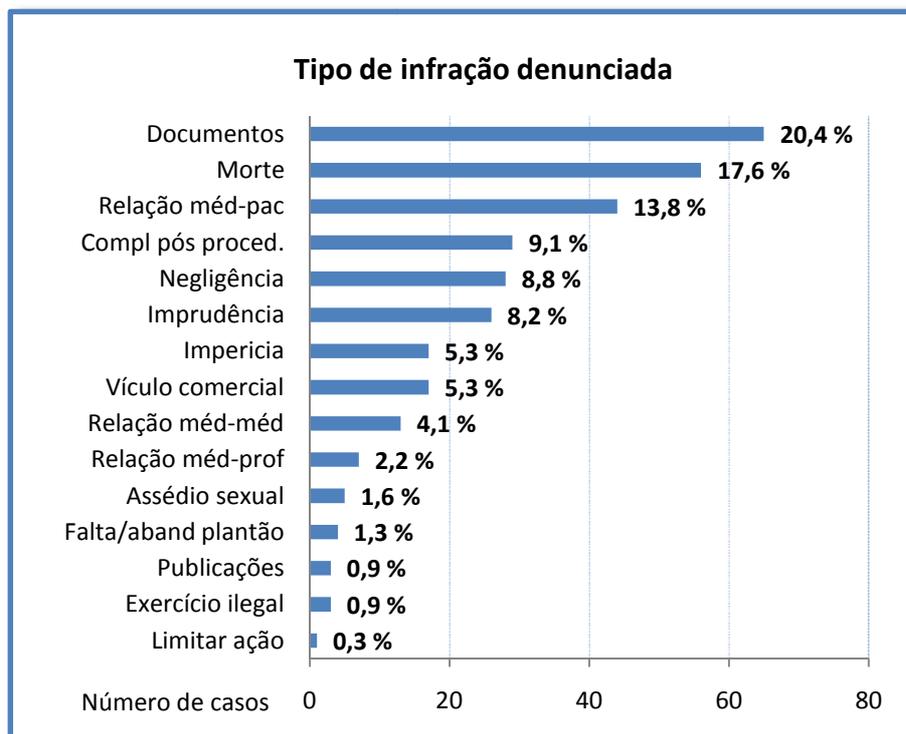
Gráfico 02: distribuição dos tipos de infrações denunciadas CREMESE (2004-2013).

Gráfico 03: tempo de duração das sindicâncias do CREMESE (2004-2013).

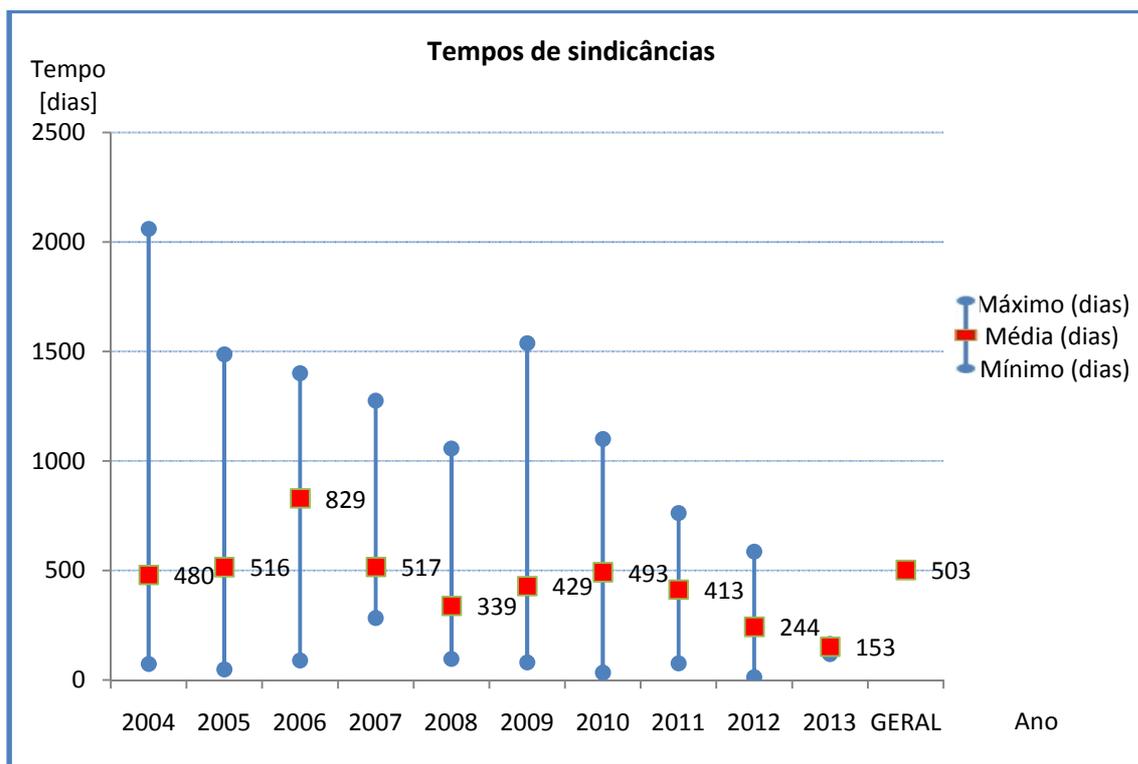


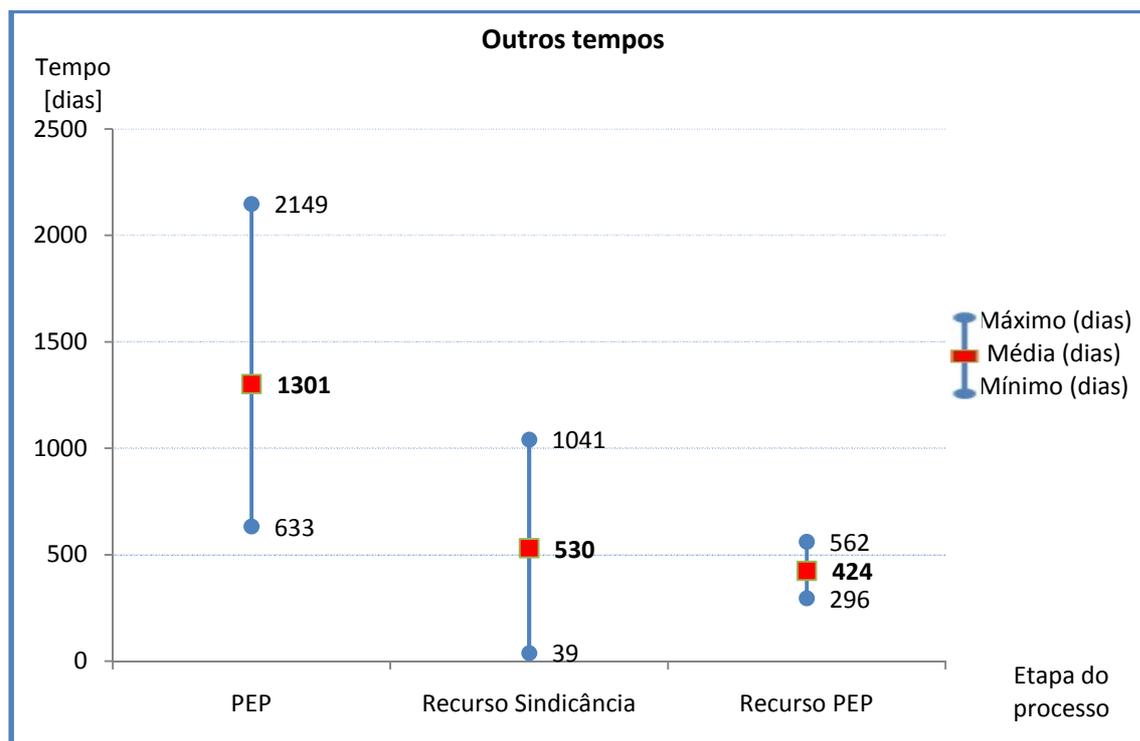
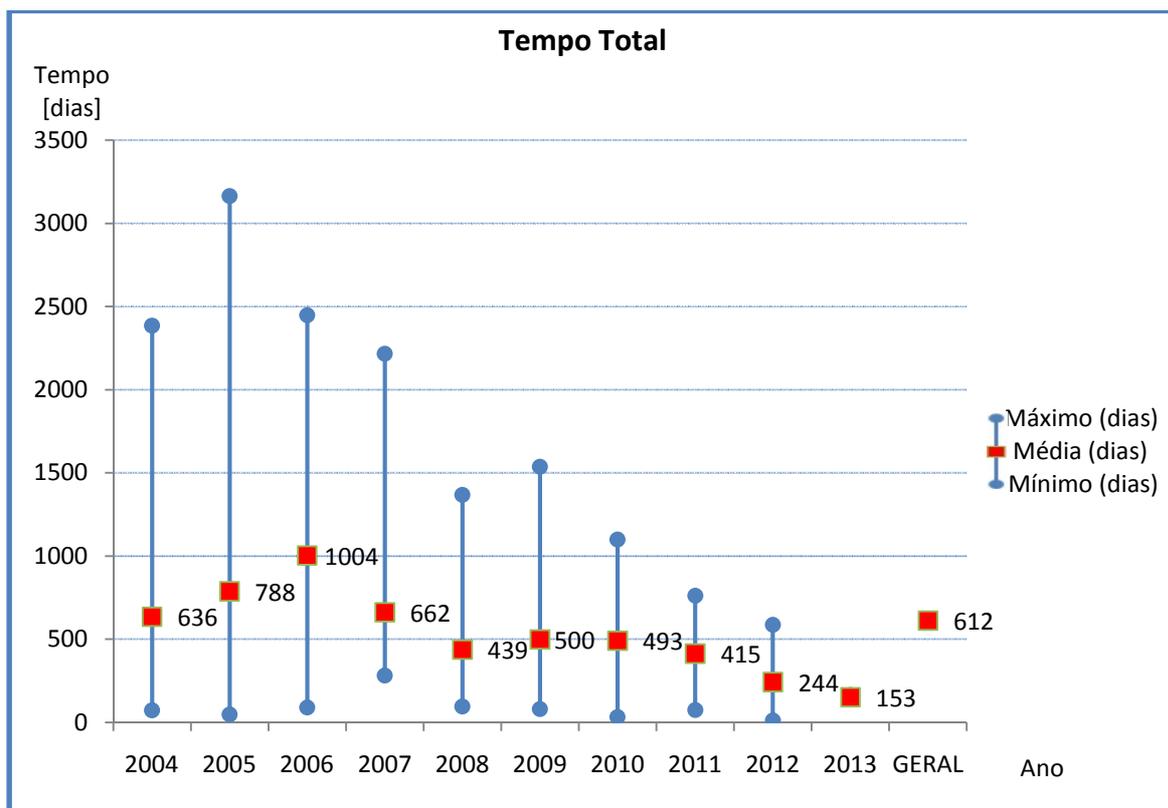
Gráfico 04: tempo de duração dos PEPs no CREMESE e recursos encaminhados ao CFM (2004-2013).

Gráfico 05: tempos total dos processos instaurados no CREMESE (2004-2013).



ANEXOS



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SERGIPE

Ofício 396/13-PRES

Aracaju, 10 de dezembro 2013.

Ilma Sra.
Dra. Deborah Pimentel
Praça Tobias Barreto, 510 Sala 1212
B/São José – Aracaju/SE
Cep.: 49015130
E-mail: deborah@infonet.com.br

C/C.: Tomhara Alves Almeida

Senhora Doutora,

Em resposta ao ofício s/n protocolado neste CRM/SE sob nº 4453/2013, informamos a Vossa Senhoria que foi aprovado pela Diretoria a realização do Projeto de Pesquisa com a utilização dos dados necessários.

Diante disso, solicitamos entrar em contato com o Corregedor deste CREMESE o Dr. Hyder Aragão de Melo, a fim de agendamento para as providências necessárias.

Atenciosamente,

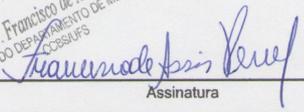
Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como 'Dra. Rosa Amélia Andrade Dantas'.

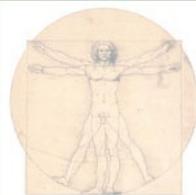
Dra. Rosa Amélia Andrade Dantas
Presidente do CREMESE



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Perfil do médico infrator em Sergipe, Brasil.		2. Número de Participantes da Pesquisa: 400	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Déborah Mônica Machado Pimentel			
6. CPF: 126.743.205-59		7. Endereço (Rua, n.º): BEIRA MAR 1500/403 TREZE DE JULHO Ed. Maison Champs Elysees ARACAJU SERGIPE 49020010	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (79) 3217-5300	10. Outro Telefone:	11. Email: deborah@infonet.com.br
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: 13, 01, 2014		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE		14. CNPJ: 13.031.547/0002-87	15. Unidade/Órgão:
16. Telefone: (79) 2105-1805	17. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: Francisco de Assis Pereira		CPF: 662 783 685 -87	
Cargo/Função: CHEFE DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA			
Data: 13, 01, 2014		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			



Revista **BIOÉTICA**

[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#) [PESQUISA](#) [ATUAL](#) [EDIÇÕES ANTERIORES](#) [CFM](#)

Capa > Usuário > Autor > **Submissões Ativas**

Submissões Ativas

ATIVO [ARQUIVO](#)

ID	MM-DD ENVIAR	SEC	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
1057	08-16	ART	Almeida, Pimentel	JULGAMENTO ÉTICO DO MÉDICO EM SERGIPE	Aguardando designação

1 a 1 de 1 Itens

Iniciar Nova Submissão

[CLIQUE AQUI](#) para iniciar os cinco passos do processo de Submissão.

ISSN: 1983-8034