

BIBLIOTECA - EMESCAM

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE VITÓRIA - EMESCAM

RUBIA MIOSSI

**ERRO MÉDICO: O PAPEL DO CONSELHO REGIONAL DE
MEDICINA DO ESPÍRITO SANTO NA INVESTIGAÇÃO E NA
PREVENÇÃO**

VITÓRIA
2009

RUBIA MIOSSI

**ERRO MÉDICO: O PAPEL DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESPÍRITO SANTO NA INVESTIGAÇÃO E NA PREVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória, como requisito para a
obtenção do grau de médico.

Orientador: Dr. Luís Renato da Silveira Costa

VITÓRIA
2009

RUBIA MIOSSI

**ERRO MÉDICO: O PAPEL DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESPÍRITO SANTO NA INVESTIGAÇÃO E NA PREVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Médico.

Aprovada em _____ de _____ de _____

COMISSÃO EXAMINADORA



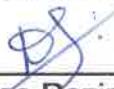
Prof. Luís Renato da Silveira Costa

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador



Prof. Luís Henrique Borges

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM



Profa. Denise Rozindo Bourguignon

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

RESUMO

A palavra "erro" tem como significados: ato de errar, inexatidão, desvio do bom caminho, engano, desacerto, incorreção. Quando aplicada à área médica, erro pode ser entendido principalmente como "desvio do bom caminho", ou seja, conduta distinta da considerada ideal, recomendada pela prática médica, tanto no aspecto científico quanto humanístico, tendo como conseqüências danos de intensidades variáveis à saúde dos pacientes. Nos dias atuais, e no Brasil, o Direito e as normas éticas que orientam a profissão médica estabelecem parâmetros aplicáveis às situações consideradas como "erro médico" e sanções, respectivamente de caráter indenizatório e administrativo, no âmbito dos juizados cíveis e dos Conselhos Regionais de Medicina. O Novo Código de Ética Médica, no Artigo 1º, afirma: *"É vedado ao médico: Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência"*. A partir disso, buscamos definir erro médico; conhecer o encaminhamento dado pelo Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo (CRM-ES) às denúncias recebidas nos últimos dois anos (setembro de 2007 a setembro de 2009); conhecer e avaliar as medidas tomadas pelo Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo no sentido de minimizar ou atenuar a ocorrência do erro médico. O CRM-ES recebeu 307 denúncias que originaram sindicâncias; 59% delas foram arquivadas, 22% estão em andamento, 12% originaram Processo ético-profissional (PEP) e estão em andamento, 4% originaram PEP e resultaram em punição ao médico acusado e 4% originaram PEP e o médico foi absolvido. Com a reforma do CEM, a medicina deixa para trás o cunho "paternalista" que existia há pouco tempo, e passa a respeitar cada vez mais a autonomia do paciente, sem restringir a atuação do médico, ao contrário, fornecendo-lhe ferramentas legais para o bom exercício da profissão, dentro dos padrões ético-legais da sociedade.

Descritores: Erro médico; Processo ético-profissional; Código de Ética Médica; prevenção.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
1.1 PRINCIPAIS QUEIXAS	9
1.2 CONDIÇÕES QUE FACILITAM O ERRO.....	11
1.3 PROCESSO ÉTICO-DISCIPLINAR.....	12
2 OBJETIVOS.....	14
3 METODOLOGIA	15
4 DESENVOLVIMENTO	16
4.1 DADOS ESTATÍSTICOS	17
5 CONCLUSÕES.....	22
6 REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

A palavra “erro” tem como significados: ato de errar, inexatidão, desvio do bom caminho, engano, desacerto, incorreção. Quando aplicada à área médica, erro pode ser entendido principalmente como “desvio do bom caminho”, ou seja, conduta distinta da considerada ideal, conduta distinta da recomendada pela prática médica, tanto no aspecto científico quanto humanístico, tendo como conseqüências danos de intensidades variáveis à saúde dos pacientes.

O erro médico é, segundo se entende, conduta não desejada por todos os profissionais médicos, constituindo-se conseqüentemente, em ato culposo, em que o agente não deseja o resultado adverso. Por questões inerentes ao ser humano, o erro é passível de ocorrer em qualquer profissão ou quando do desenvolvimento de qualquer atividade. No entanto, quando ocorre no decorrer da atividade profissional médica, assume uma conotação significativamente mais forte, justamente por ser a prática médica ainda revestida de certa “aura” de perfeição e de infalibilidade.

Aos médicos cabe lidar com o mais precioso bem da espécie humana: a vida, que se expressa não apenas pelas múltiplas funções dos órgãos vitais, mas também por seus valores mais caros e mais íntimos, seu patrimônio moral e afetivo. Esta simples constatação é suficiente para que se crie sobre a medicina uma imensurável expectativa, sem que se lhe ofereça, na maior parte das vezes, recursos e condições operacionais adequadas. Para o leigo e para a sociedade, o médico pode tudo e a todo o momento. O dano decorrente do erro médico é quase sempre de caráter irreparável, significando muito para quem o sofre. Isto torna o erro médico grave, de forma que o médico passa a ser visto como a “antítese da cura pretendida” (GOMES, 2006).

Se buscarmos localizar na história da humanidade o momento em que surgiram a dor e a doença, facilmente constataremos que surgiram com o homem e o acompanham desde sua criação. A medicina, por sua vez, também surgiu com o homem. Quando este sentiu dor pela primeira vez e encontrou alguém que lhe estendesse a mão, com uma proposta de ajuda, ficou materializado, de forma

subliminar o que hoje se conhece como o primeiro ato médico. Constituiu-se, portanto, desde os primórdios da civilização, em um ato de ajuda.

As primeiras abordagens utilizadas por aqueles que se colocavam à disposição para ajudar tinham por objetivo precípuo aliviar as dores, oferecer conforto, consolar aqueles que precisavam. Estes atos eram praticados com bases empíricas, onde o amor ao próximo e a solidariedade constituíam-se nos sentimentos fundamentais. Algumas das pessoas que possuíam estas características se destacavam na sociedade e esta, muitas vezes, lhes conferia o caráter da “divindade”.

Somente na Grécia, quatro ou cinco séculos antes da era cristã, a medicina tomou a forma de ciência passando a contar com explicações racionais para as doenças e com fórmulas técnicas de cuidados, deixando para trás a concepção mágica que a cercava (MELO, 2008). Com o advento dos filósofos pré-socráticos, que investigaram a estrutura do mundo natural sem recorrer a explicações míticas ou místicas, a Medicina começou a sair da esfera da magia e a entrar no domínio da ciência e surgiram os primeiros indivíduos dedicados exclusivamente à arte da cura. E, contribuindo fundamentalmente com esta concepção, que perdurou até nossos dias, surge a figura de Hipócrates de Cós, considerado o “Pai da Medicina”, cultuado como aquele que, pela primeira vez, mudou a visão existente a respeito da atividade médica, visão esta que ganhou novos contornos, de cunho racional e científico.

O erro médico, por sua vez, tanto na antiguidade, quanto nos tempos atuais, sempre acompanhou a atividade profissional médica, tendo recebido da sociedade, em momentos específicos, maior ou menor punição. As primeiras referências constam dos Códigos de Manu e Hamurábi, bem como da Lei das XII Tábuas e predominaram o rigor e a punição para os que cometiam os atos, então considerados “ilícitos”. O Direito Romano, embora considerasse a Medicina ciência e arte, enfatizava, em suas normas, a importância da devida caracterização da responsabilidade médica. Tal pensamento pode ser extraído do texto de Ulpiano: *“sicut medico imputari eventus mortalitatis non debet, ita quod per imperitiam computari ei debet”* (assim como não se deve imputar ao médico o evento da morte, deve-se imputar a ele o que ele cometeu por imperícia).

Apesar da consideração sobre ser a Medicina uma arte, a imperícia do profissional era considerada e passível de gerar responsabilidades, quando dela decorriam danos ao paciente. Ainda do Direito Romano, expressada nas legislações que se seguiram, a estrutura jurídica e a construção da doutrina da responsabilidade civil com base na culpa, que permanece até hoje. Culpa materializada sob a tríade: imperícia, negligência e imprudência.

Um ato culposo significa ato não intencional, não guiado pela vontade. Distingue-se dos atos dolosos em que predomina a intenção de produzir o dano ou de se obter determinado resultado. A doutrina tem assim entendido e os atos dolosos têm estado restritos aos crimes propriamente ditos. No entanto fica no ar uma questão: - E o médico que tem conhecimento de sua incompetência e mesmo assim atua? Estaria agindo de forma culposa ou dolosa? Pode-se atribuir ao fato a figura do dolo eventual? Não estaria o médico agindo similarmente àquele que, tendo consciência de que está embriagado e que poderia causar dano, assume a direção de um veículo automotor? Eis a questão.

Nos dias atuais, e no Brasil, o Direito e as normas éticas que orientam a profissão médica estabelecem parâmetros aplicáveis às situações consideradas como "erro médico" e sanções, respectivamente de caráter indenizatório e administrativo, no âmbito dos juizados cíveis e dos Conselhos Regionais de Medicina.

O Código Civil Brasileiro, no Artigo 186, estabelece: "Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito". Embora não conste no enunciado do artigo, inclui-se, doutrinariamente, a esta regra, a imperícia. O Novo Código de Ética Médica, por sua vez, no Artigo 1º afirma: "É vedado ao médico: Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência".

A imperícia pode ser definida como incompetência na prática profissional por falta de substrato técnico, por falta de competência para determinados atos. Para FRANÇA (1995) a imperícia é o primeiro caminho dentre as "vias do erro", decorrente de

despreparo “prático” ou de “insuficiência de conhecimento”. Alguns autores, ao referirem-se a imperícia, buscam excluí-la do rol das modalidades de culpa, argumentando que o aluno de um curso médico, ao receber o certificado de conclusão e tendo seu registro efetuado pelo Conselho Regional de Medicina, pode ser considerado perito em sua arte. A nosso ver, ledo engano interpretativo. Inúmeros são os que concluem a graduação e mesmo a pós-graduação sem possuírem a habilidade necessária para a prática profissional. A habilitação profissional não deve ser considerada necessariamente como sinônimo de capacidade.

Por imprudência entende-se a ação caracterizada pela impulsividade, pela inobservância de regras básicas e pela dispensa de medidas e cuidados comuns, não a inobservância decorrente de lapsos temporais ou mnemônicos, e sim a inobservância desafiadora dos que desconsideram as evidências epidemiológicas, técnicas e científicas. E ainda: quando o médico assume procedimentos de risco para o paciente sem que haja para tais procedimentos o respaldo científico necessário ou sem esclarecimentos à parte interessada.

Quanto à negligência, pode ser interpretada por falta de atenção, falta de cuidado, descaso para com os deveres perante o paciente, falta de zelo e capricho no exercício profissional, que particularmente na área médica precisa ser exercido integralmente. Na prática, é a forma mais freqüente de erro médico.

As modalidades de culpa citadas, imperícia, imprudência e negligência, formam uma tríade, não se podendo considerar uma delas como mais ou menos graves, posto que a gravidade do erro mede-se por suas conseqüências. No entanto, segundo nosso entendimento, revela-se a imperícia como mais preocupante, por traduzir-se no “não saber fazer”, no “não estar devidamente preparado”, o que faz com que a responsabilidade extrapole a figura do profissional médico e se estenda aos organismos formadores (escolas médicas) e aos organismos fiscalizadores (governo e entidades de classe), denotando quão complexa e abrangente é a questão.

1.1 PRINCIPAIS QUEIXAS

As instituições destinatárias das queixas e das reclamações formuladas por pacientes ou por familiares destes tem sido a Justiça Civil, onde se busca a reparação dos danos e prejuízos sob a forma de vantagens pecuniárias ou garantia de custeio para a realização de procedimentos reparatórios, e os Conselhos Regionais de Medicina, onde se cobra a intervenção e a aplicação de sanções àqueles que são alvos das denúncias. Raramente as queixas chegam à Polícia, exceto quando o fato diz respeito a um crime.

Qual é o comportamento de uma família que tem um de seus membros na condição de suposta vítima de erro médico? Devido à evolução social, à maior cobrança da sociedade pelos direitos e garantias individuais, é cada vez menor o número de pessoas que, consideradas vítimas de iatrogenia, adotam postura não-reivindicatória. E ao buscarem os direitos que acreditam ter, o fazem mais aos Juizados Cíveis que aos Conselhos de Medicina, talvez por acreditarem que nos conselhos não obterão o amparo desejado.

Porque o erro acontece? Despreparo? Precipitação? Falta de cuidado e atenção? Dificuldades no estabelecimento de uma boa relação médico-paciente? Deficiências no aparelho formador? Falta de consciência ética? Talvez uma somatória de causas. Aí talvez resida a dificuldade em sanar tais erros.

Os dados estatísticos nacionais relacionam dentre as queixas, as seguintes: a) exame superficial e falta de atenção com o paciente, inclusive em situações consideradas como urgência e emergência; prescrição por telefone com conseqüente dano posterior; demora na tomada de decisões, principalmente em intervenções cirúrgicas imprescindíveis; elaboração de diagnósticos incorretos que levam geralmente a tratamentos inadequados, ineficazes ou com muitos efeitos colaterais; abandono de pacientes; não informação sobre os procedimentos diagnósticos e terapêuticos, seus benefícios e riscos; não comparecimento a plantões e não cumprimento de escalas de trabalho, sem justificativa; letra ilegível levando a interpretação duvidosa de receitas ou orientações; esquecimento de

objetos e instrumental quando de cirurgias; danos pós-procedimentos anestésicos; lesão de nervos em cirurgias ortopédicas ou da coluna vertebral; deformidades ou resultados indesejáveis em cirurgias plásticas; indicação de cirurgias desnecessárias; indicação indevida de próteses; omissão de atendimento.

Muitas dessas situações, quando adequadamente investigadas, dizem respeito não somente à atividade individual do médico, implicando também em comprometimento em maior ou menor grau da estrutura organizacional da saúde, como um todo. A demora na elaboração de um diagnóstico pode, muitas vezes, ser devida às dificuldades do poder público em disponibilizar, a tempo e a hora, os recursos necessários. É o que a doutrina denomina de “erro estrutural”, ou melhor, dano de responsabilidade estrutural. Insuficiente número de leitos, insuficiente número de especialistas credenciados, número de pronto-atendimentos incompatível com a demanda; falta de equipamentos adequados; número pequeno de autorizações para cirurgias eletivas; estas são situações que limitam enormemente a atuação profissional médica e que podem contribuir para o erro.

Importa considerar ainda a participação dos pacientes na recuperação da saúde. O seguimento adequado da prescrição médica, o comparecimento para reavaliação no tempo indicado e o cumprimento das medidas preventivas e complementares indicadas são condições fundamentais para a melhoria. Em razão deste entendimento, a devida caracterização do chamado “dano de natureza estrutural” bem como a culpa (por negligência e imprudência) do paciente tem permitido a exclusão da responsabilidade profissional médica, tanto no nível dos Conselhos (em ações de caráter administrativo) quanto no âmbito da Justiça Cível.

Complementando as considerações no que diz respeito à atividade profissional médica e as condições que predispõem ao erro, não podemos deixar de considerar o que a doutrina tem definido como “acidente imprevisível”. Como o próprio nome expressa, trata-se de uma situação na qual, apesar do médico tomar todas as medidas cabíveis e cientificamente aceitas, à luz do conhecimento atual, e ainda, apesar de se valer de todos os recursos necessários para bem realizar os atos sob sua responsabilidade, o erro acontece e um dano se materializa. Por ser, além de

arte, uma ciência não exata, costuma-se afirmar que *“A Medicina é como o amor: em sua praxis, não há o sempre e nem o nunca”*.

Por fim, esgotando esta análise, diante de pacientes portadores de doenças consumptivas e de prognóstico sombrio, raramente pode-se esperar do profissional atuação eivada de bons resultados. No entanto, pode-se exigir do mesmo, cuidados essenciais no sentido de bem exercer seu *mister*, que pode ser expresso, de forma simples, no aforisma: *“Curar, quando possível; Ajudar, sempre; Prejudicar, nunca”*.

1.2 CONDIÇÕES QUE FACILITAM O ERRO

Os dados nacionais, extraídos dos processos ético-disciplinares e dos processos judiciais, acenam com uma série de fatores ou condições que parecem contribuir para a eclosão de erros médicos, não isoladamente, mas quando ocorrem concomitantemente. São eles: a) mais de cinco anos de profissão - os médicos recém-formados, talvez por serem dotados de conhecimentos mais atualizados sobre técnicas e procedimentos e por não se sentirem ainda “seguros” no exercício profissional, em geral, são mais cuidadosos no atuar; b) procedimentos de pequeno porte; c) deficiência na relação médico-paciente; d) falta de registros completos e adequados em prontuários; e) múltiplos empregos e tempo exíguo por parte do médico; f) atuação em instalações inadequadas; g) uso de prescrições verbais, sem exame direto do paciente; h) tomada de decisões intempestivamente, sem o necessário cuidado; i) deficiências estruturais relacionadas ao sistema de saúde; j) ensino médico deficiente; k) ausência de educação continuada; l) número excessivo de pacientes por jornada de trabalho; m) mercantilismo; n) falta de compromisso moral e ético.

Hoje, busca-se equacionar o vertiginoso conhecimento científico com aqueles então sentimentos fundamentais e as dificuldades, por vezes, se apresentam. A prática médica atual precisa congrega ciência e humanismo sempre, pois o distanciamento destas duas condições predispõe ao erro ou a resultados não desejados. Poder-se-ia dizer que dos médicos é exigido o conhecimento e um bom relacionamento com os pacientes. E estas condições, segundo nossa visão, são indissociáveis.

A medicina progrediu vertiginosamente. O progresso científico trouxe uma gama de recursos, tanto a nível quantitativo quanto qualitativo, aumentando as possibilidades de cura e prolongando significativamente a expectativa de vida de cada um de nós. No entanto, de muito pouco adiantarão os avanços tecnológicos se os médicos não possuírem a capacidade de utilizá-los devidamente e de forma segura, na defesa e no interesse de seus pacientes.

1.3 PROCESSO ÉTICO-DISCIPLINAR

No que tange aos Conselhos Regionais de Medicina, os procedimentos investigatórios, quando de uma denúncia, seguem um trâmite relativamente simples e rápido. Após uma sindicância, havendo fundamentação na denúncia formulada, instaura-se o processo ético-disciplinar, onde as partes poderão manifestar-se sendo dado ao médico o benefício da ampla defesa. Sem entrar no mérito dos prazos estabelecidos para as etapas do processo ético-disciplinar, questionamos as sanções estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina, por entendermos que elas não refletem os anseios da sociedade e contribuem, em determinadas situações, para estimular, no seio da classe médica, a sensação de impunidade.

As sanções disciplinares, estabelecidas de forma gradativa, vão da censura confidencial em aviso reservado até a cassação do registro profissional. A nosso ver, lamentavelmente, a evolução gradativa perde continuidade quando vai de "suspensão por até 30 dias" a "cassação". Se as sanções administrativas impostas pelo Conselho Federal àqueles que, por culpa, cometem infrações éticas, têm por objetivo principal chamá-los à responsabilidade, fazendo com que repensem e reavaliem suas atitudes, uma suspensão por até 30 dias não é, em muitos casos, suficiente para tal, particularmente nas situações em que a modalidade de culpa possa ser caracterizada como imperícia. Questionamos: - o afastamento das atividades por até 30 dias garante o retorno ao trabalho com maior capacidade ou perícia? Porque não permitir o retorno ao trabalho somente após uma reciclagem? Ou após a conclusão de um estágio capaz de dotar o médico de maior aprimoramento técnico? São questões que merecem análise, mas que não têm recebido, por parte do Conselho Federal, atenção específica.

Segundo dados do DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – Ministério da Saúde – são realizados por ano no Brasil 380 milhões de consultas e 27 milhões de procedimentos cirúrgicos. E quanto aos erros ou suspeitas de erro? Quais são os números?

2 OBJETIVOS

O estudo tem por objetivos:

- definir erro médico, à luz da doutrina médica e jurídica predominante no Brasil, excluindo situações que, embora possam ser consideradas como erro médico, se enquadram em outras categorias de fatos que excluem essa possibilidade;
- conhecer o encaminhamento dado pelo Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo às denúncias recebidas nos últimos dois anos (período de setembro de 2007 a setembro de 2009) mediante estudo estatístico: número de denúncias, especificação das denúncias, número de sindicâncias realizadas, número de processos ético-disciplinares instaurados, número de processos julgados, número de decisões às quais os médicos recorreram, número de decisões mantidas e de decisões reformadas pelo Conselho Federal de Medicina,
- conhecer e avaliar as medidas tomadas pelo Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo no sentido de minimizar ou atenuar a ocorrência do erro médico.

3 METODOLOGIA

Foi realizada revisão bibliográfica, junto às fontes que consolidam as posições doutrinárias de médicos e juristas a respeito do erro médico, construída obedecendo às seguintes etapas: levantamento das referências que tratam do assunto, caracterização de sua importância social, obtenção dos dados estatísticos junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo nos últimos dois anos (setembro de 2007 a setembro de 2009). Os dados obtidos foram agrupados em cinco variáveis qualitativas conforme se segue: denúncia: todas as queixas relativas a infração ética encaminhadas ao CRM-ES; sindicância: denúncia por escrito e assinada de fato com indícios de infração ética; processo ético-profissional (PEP): sindicância julgada onde constam os fatos e a capitulação do delito ético; PEP julgado culpado: PEP no qual foi constatada infração ética; PEP julgado absolvido: PEP no qual onde não foi constatada infração ética. A classificação "arquivado" para todas as variáveis designa denúncia, sindicância ou processo cuja investigação não prosseguiu, conforme descrito no Código de processo Ético-profissional. Os dados foram analisados e os resultados estão descritos.

O método de abordagem seguiu a linha dedutiva, a partir de dados estatísticos.

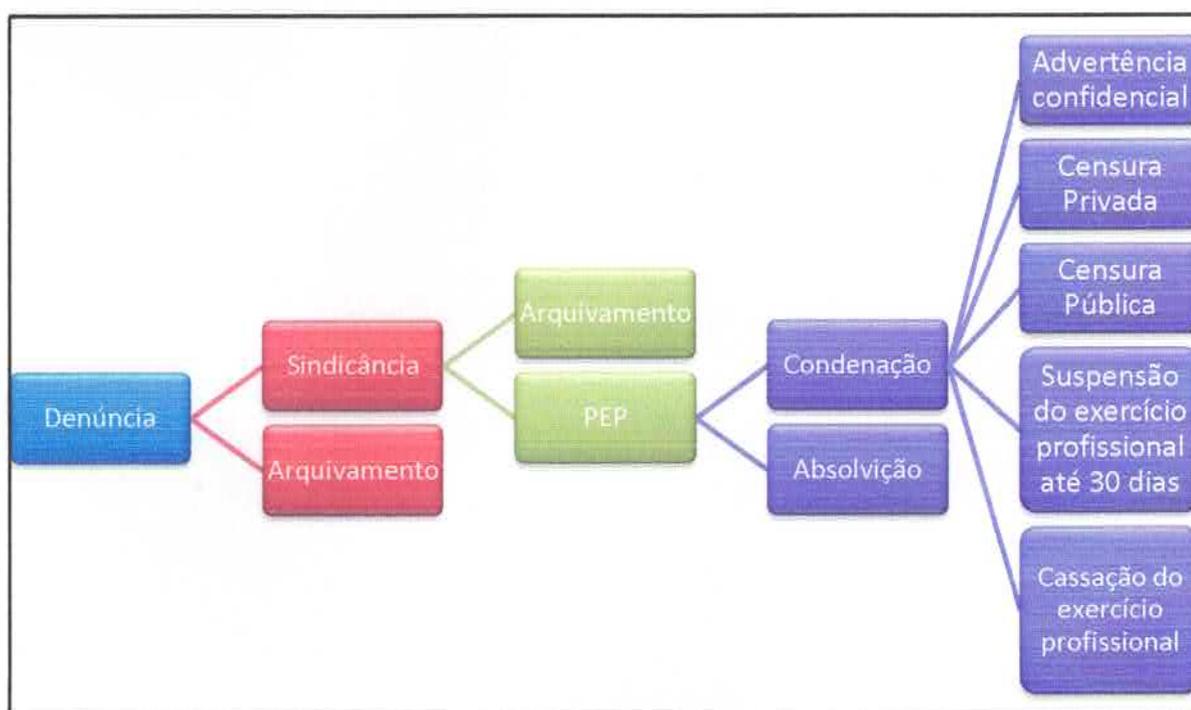
4 DESENVOLVIMENTO

O Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo – CRM-ES –, órgão regulador da profissão médica no estado, recebe as denúncias relativas a infrações do Código de Ética Médica – CEM –, provenientes de qualquer cidadão, as analisa e, se julgar pertinente, instaura sindicância.

O objetivo da sindicância é analisar, à luz dos fatos, se há, ou houve, indícios de infração ao CEM, situação na qual se instaura o Processo Ético-profissional – PEP – ou, na ausência dos indícios, arquiva a sindicância.

No caso de ocorrer instauração do PEP, após análise de provas, acusação e defesa, o réu poderá ser condenado ou absolvido. No caso de condenação, as penas aplicadas podem ser: censura reservada, censura pública, suspensão temporária do direito de exercer legalmente a profissão e até cassação do direito de exercer a Medicina, na qual o médico perde o seu número de registro no CRM.

Figura 1
Fluxograma de Funcionamento do Processo Ético-Profissional



A qualquer tempo, no decurso do processo, ambas as partes podem recorrer das decisões tomadas, desde que dentro dos prazos definidos legalmente.

Cabe ressaltar que, o PEP é eminentemente administrativo, e o médico ainda pode ser processado a nível judiciário, à luz do código penal, a depender do dano porventura ocorrido, geralmente se do erro cometido origina-se crime.

4.1 DADOS ESTATÍSTICOS

No período de 01 de setembro de 2007 a 30 de setembro de 2009, o CRM-ES recebeu 307 denúncias de infração ao Código de Ética Médica.

Foram instauradas sindicâncias de todas as denúncias recebidas no período. Destas, 239 foram julgadas até então, dando origem a 57 Processos Ético-Profissionais, e 182 foram arquivadas por não haver indícios de infração ao CEM. Vide tabelas 1 e 2.

Tabela 01
Sindicâncias Instauradas no CRM-ES de Set/07 a Set/09

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sindicâncias julgadas	239	77,85%
Sindicâncias em andamento	68	22,15%
Sindicâncias instauradas	307	100,00%

Fonte: CRM-ES

Gráfico 01
Sindicâncias Instauradas no CRM-ES de set/07 a set/09



Fonte: CRM-ES

Tabela 02
Sindicâncias julgadas no CRM-ES de Set/07 a Set/09

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sindicâncias julgadas que deram origem a PEP	57	23,85%
Sindicâncias julgadas que foram arquivadas	182	76,15%
Total de sindicâncias julgadas	239	100,00%

Fonte: CRM-ES

Gráfico 02
Sindicâncias Julgadas no CRM-ES de Set/07 a Set/09



Fonte: CRM-ES

Das sindicâncias arquivadas, seis deram origem a recurso ao CFM, porém o mesmo manteve todas as decisões de arquivamento. O CRM-ES recebeu, do CFM, no mesmo período, resposta a três sindicâncias antigas, ou seja, não instauradas no período da pesquisa, que originaram três Processos Ético-Profissionais.

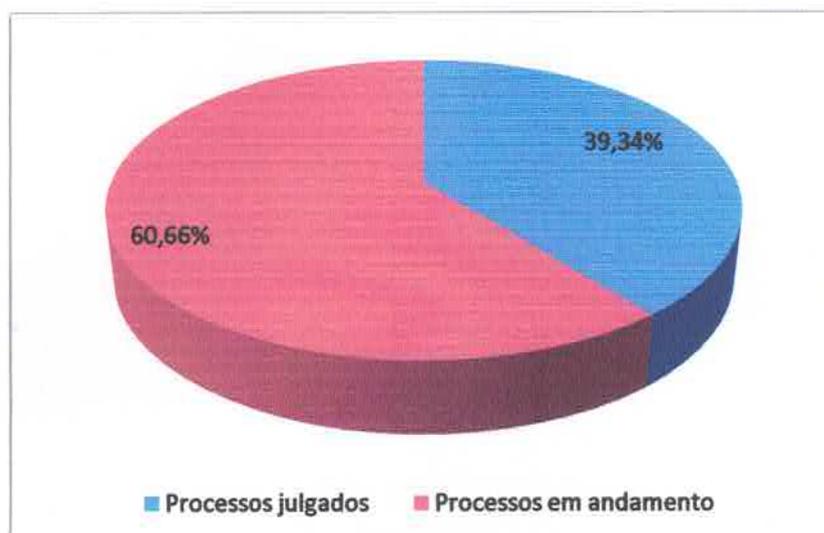
Foram instaurados 57 Processos Ético-Profissionais a nível regional e três através de decisões reformadas pelo CFM.

Tabela 03
Processos Ético-profissionais instaurados no CRM-ES de Set/07 a Set/09

PEP	Frequência absoluta	Frequência relativa
Processos julgados	24	39,34%
Processos em andamento	36	60,66%
Total de processos instaurados	60	100,00%

Fonte: CRM-ES

Gráfico 03
Processos Ético-profissionais Instaurados no CRM-ES de Set/07 a Set/09



Fonte: CRM-ES

Foram julgados 24 Processos, destes, 12 foram arquivados e 12 foram penalizados conforme a infração ocorrida. Dos processos julgados, cinco originaram recurso ao CFM, que manteve as decisões em dois deles. Os outros ainda não foram revistos.

Tabela 04
Processos julgados no CRM-ES de Set/07 a Set/09

PEP	Frequência absoluta	Frequência relativa
Julgados e arquivados	12	50,00%
Julgados com pena	12	50,00%
Total de processos julgados	24	100,00%

Fonte: CRM-ES

Gráfico 04
Processos julgados no CRM-ES de Set/07 a Set/09



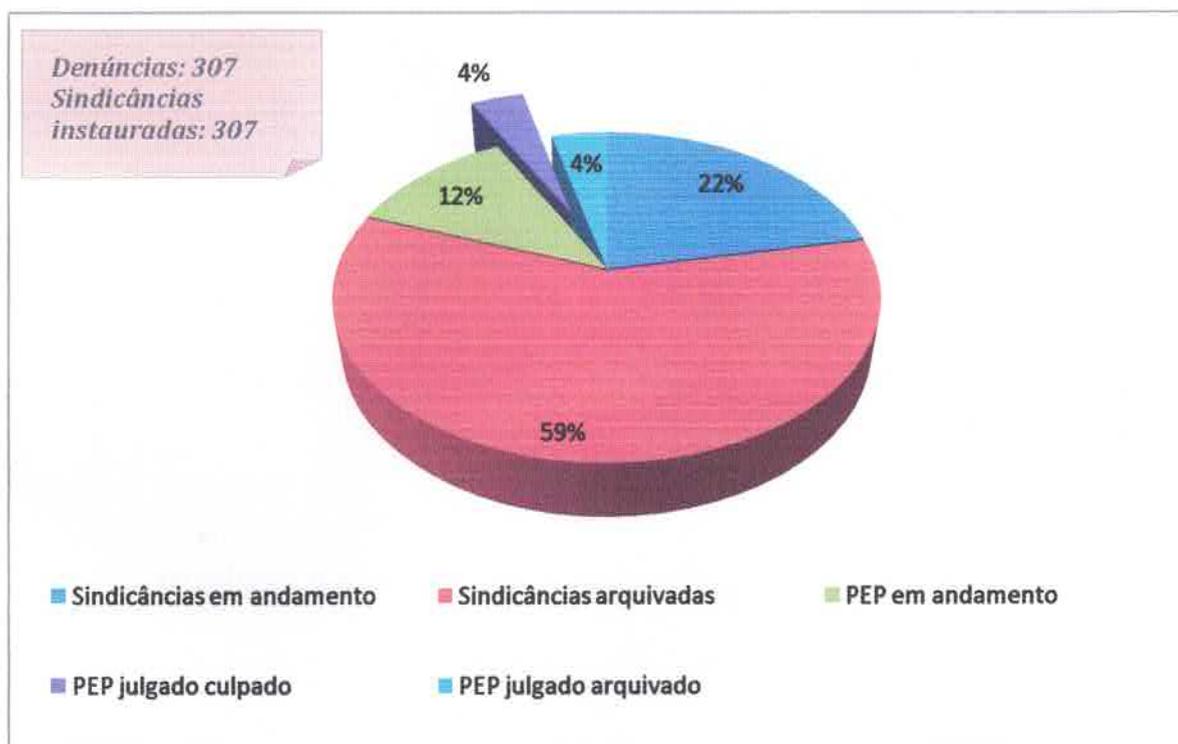
Fonte: CRM-ES

Tabela 05
Processos com recurso ao CFM de Set/07 a Set/09

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Decisões mantidas pelo CFM	2	40,00%
Decisões reformadas pelo CFM	0	0,00%
Recursos em andamento	3	60,00%
Total de recursos ao CFM	5	100,00%

Fonte: CRM-ES

Gráfico 05
Condução das denúncias recebidas pelo CRM-ES de Set/07 a Set/09



Fonte: CRM-ES

5 CONCLUSÕES

Conforme descrito e ilustrado, todas as acusações foram transformadas em sindicância.

Infelizmente, dentre os dados obtidos junto ao CRM-ES, não constavam as especificações das denúncias, prejudicando a análise qualitativa dos dados.

De todas as sindicâncias instauradas, menos de 24% originaram Processos Ético-profissionais, o que sugere que, durante o procedimento da sindicância, não foram encontrados indícios de infração ao CEM nas que foram arquivadas. Desta forma pode-se supor que, ao realizar uma denúncia, o reclamante nem sempre tem conhecimento do que de fato é considerado infração ao CEM, tampouco o que preenche os critérios de “erro” na profissão Médica, o que leva a um grande número de denúncias julgadas improcedentes. Por outro lado, pode-se dizer que, ao ocorrer arquivamento de mais da metade das sindicâncias, é criada uma sensação de impunidade no meio médico, o que leva à perda da oportunidade de coibir o erro.

Dos PEP instaurados, apenas metade (12) foi encerrado com condenação do profissional. Isso representa 4% de todas as denúncias recebidas no período. Deve ser lembrado que foram julgados pouco menos de 40% dos PEP instaurados, entretanto, é notável a absolvição em 50% dos resultados. Outro ponto a ser ressaltado é que não foram informadas quais as penas imputadas aos condenados, entretanto pode-se supor que não foi a pena máxima, tampouco censura pública, já que, nesses casos, a sociedade deveria ser informada.

Por um lado poder-se-ia dizer que há protecionismo nas ações do CRM ao arquivar boa parte das sindicâncias e absolver metade dos acusados nos processos e, por outro lado entender-se-ia que, como todos os processos são julgados à luz do Código de Processo Ético-profissional e do CEM, esta suspeita tomar-se-ia improcedente.

É fundamental evidenciar qual o trabalho de prevenção das ocorrências de erro médico pelo CRM-ES. Dentre as medidas, cita-se:

- O Código de Ética Médica está disponível no site do CRM-ES, já com as modificações publicadas em 17 de setembro de 2009.
- O CRM-ES incentiva o programa de Educação Continuada, para atualização e aperfeiçoamento contínuo do profissional médico, ação que é um dever do médico, estabelecido pelo próprio CEM.
- Disponibilidade às escolas médicas para informar, desde o início da formação sobre os direitos e deveres do profissional, orientando para uma excelente prática da medicina.
- Emissão do número de registro no CRM-ES para cada bacharel em Medicina que o solicitar apresentando devidamente os documentos necessários, de forma a evitar o exercício ilegal da profissão.

Entretanto, dado o número de denúncias registradas, verifica-se que apenas estas medidas preventivas, dissociadas de uma repressão mais forte ao erro, não são suficientes para evitar que o dano ocorra; neste caso, o dano prevenível, não o caso fortuito.

É interessante lembrar as duas formas de educação existentes após a graduação: Educação Continuada e Educação Permanente. A primeira refere-se essencialmente ao conhecimento técnico, com vistas a manter o profissional atualizado e a par das inovações científicas aprovadas no meio médico. A segunda tem um caráter mais prático, visto que se assenta sobre o princípio da troca de experiências entre profissionais de uma mesma unidade de saúde – entenda-se aqui unidade como qualquer local de promoção, cuidado ou recuperação da saúde. Alguns defendem a segunda forma como mais humanística já que cada profissional da saúde é visto como um educador e promotor dos saberes de prática em saúde no seu meio. Entendo, porém, que ambas deveriam caminhar juntas, pois se sabe que a prática sem o aprendizado técnico é tão perigosa quanto o tecnicismo sem a humanização.

Trocar experiências é vital para a boa prática médica e manter-se atualizado é fundamental para garantir desfechos favoráveis à saúde do paciente.

Com a reforma do CEM, a medicina deixa para trás o cunho “paternalista” que existia há pouco tempo, e passa a respeitar cada vez mais a autonomia do paciente, sem restringir, é claro, a atuação do médico; ao contrário, fornece-lhe ferramentas legais para o bom exercício da profissão, dentro dos padrões ético-legais da sociedade.

Dentre as alterações ocorridas ressalto:

Art. 7º - O médico **exercerá** sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços **que contrariem os ditames de sua consciência** ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

A substituição de “deverá exercer” por “exercerá” traz o efeito semântico de determinar a forma de exercício da Medicina, resguardando o direito do Médico de agir conforme sua consciência nas situações controversas que por ventura venham a surgir.

Art. 8º - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, **nem permitir** quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

O termo “nem permitir” torna mais forte a autonomia do Médico em exigir condições adequadas de trabalho, como, por exemplo, horários adequados de atendimento aos pacientes, permitindo a coleta de informações necessárias durante uma consulta médica com vistas ao diagnóstico correto e ao tratamento apropriado.

Art. 47º - Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

A alteração do artigo em questão amplia a visão do paciente consistir em um ser humano completo, semelhante ao Médico, e que assim deve ser tratado.

Art. 53º - Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade. Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

As alterações no artigo acima referem-se apenas à redação, não alterando o seu teor, entretanto, ressalto-o porque deixa claro que o médico é obrigado a denunciar quaisquer maus-tratos que sofra seu paciente, demonstrando que, além de responsável pelo diagnóstico e determinação do tratamento do doente, é também responsável pelo resguardo da integridade do mesmo.

Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

Este artigo é definitivamente essencial, visto que, dentre as queixas mais freqüentes de erro médico no Brasil, encontra-se os documentos médicos redigidos com letra ilegível, acarretando medicações inadequadas ou até mesmo prejudiciais, troca de nomes de pacientes com resultados visivelmente danosos, entre outras conseqüências de gravidade inimaginável.

Há ainda outras inúmeras alterações que não menciono aqui. O que vale ressaltar é a necessidade de respeitar a vontade do paciente em todos os momentos do processo saúde-doença, informando-o sobre o diagnóstico e os meios de obtê-lo, os procedimentos necessários, bem como seus riscos e benefícios, lembrando sempre de pedir a autorização do paciente ou de seu responsável legal, antes de realizar qualquer procedimento.

O que ainda resta é conscientizar a população sobre o seu papel como dirigente de sua própria saúde, informando, inclusive, sobre seus direitos e deveres na condição de paciente.

6 REFERÊNCIAS

COSTA, L. R. S. **Tópicos de Ética Médica**. Apostila disponibilizada aos alunos da EMESCAM – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. 2007.

FRANÇA, G. V. **Direito Médico**. 6ª. Ed., Fundação BYK Procienk, São Paulo: 1995.

GOMES, J. C. M., FRANÇA, G. V., FREITAS, J. G. **Erro Médico**. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro: 2006.

MELO, N. D. **Responsabilidade Civil por Erro Médico**. Editora Atlas. São Paulo: 2008.

CFM – Conselho Federal de Medicina

CRM-ES – Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo

