



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Erro médico: um perfil do profissional na Bahia

Cristiane Souza Simões

Salvador (Bahia)
Agosto, 2014

UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

Simões, Cristiane Souza
S593 Erro médico: um perfil do profissional na Bahia / Cristiane Souza Simões. Salvador: CSS, Simões, 2014.

VIII; 39 fls.: il. [graf., quadros].

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Claudia Bacelar Batista.
Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão do
Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade
Federal da Bahia (UFBA).

1. Erro médico. 2. Educação ética. 3. Censura pública. 4. Perfil médico. I. Batista, Cláudia Bacelar. I. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina. III. Título.

CDU: 614.253

CDU : 615.276



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Erro médico: perfil do profissional na Bahia

Cristiane Souza Simões

Professor orientador: **Cláudia Bacelar Batista**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2014.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Agosto, 2014

Monografia: *Erro médico: perfil do profissional na Bahia*, de **Cristiane Souza Simões**.

Professor orientador: **Cláudia Bacelar Batista**

COMISSÃO REVISORA:

- **Cláudia Bacelar Batista** (Presidente, Professor orientador), Professora do Departamento de Medicina Preventiva da Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Lara de Araújo Torreão**, Professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Reneé Amorim dos Santos Félix**, Professora do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Maiara Lanna Silva**, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPgCS) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2014.

Deus nunca disse que a jornada seria fácil, mas Ele disse que a chegada valeria a pena. (Max Lucado)

Aos Meus Pais, **Rosendo Simões e
Silvania Souza, pelo exemplo de vida
que são.**

EQUIPE

- Cristiane Souza Simões, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: cristiane.sfsa@hotmail.com;
- Cláudia Bacelar Batista, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: claudia_bacelar@hotmail.com.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
➤ Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ À minha Professora orientadora, Doutora **Cláudia Bacelar**, pela presença constante e substantivas orientações acadêmicas e à minha futura vida profissional.
- ◆ Às Doutoradas **Lara Torreão** e **Renée Amorim**, e à Doutoranda **Maiara Lanna Silva**, membros da Comissão Revisora desta Monografia, sem os quais muito deixaria ter aprendido. Meus especiais agradecimentos pela constante disponibilidade.
- ◆ Ao meu Colega **Domingos Ricardo Rocha da Silva**, pela colaboração e orientação na formatação desta Monografia.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS	2
I. RESUMO	3
II. OBJETIVOS	4
II.1. Principal	4
II.2. Secundários	4
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
III.1. Introdução	5
III.2. Relação médico paciente	6
III.3. Erro médico: conceito	6
III.4. Erro médico: classificações	8
III.5. Julgamento médico	8
III.6. Erro médico: prevenção	10
IV. METODOLOGIA	11
IV.1. Delineamento da pesquisa	11
IV.2. Período da pesquisa	11
IV.3. Dados coletados	12
V. RESULTADOS	13
V.1. Perfil do médico condenado	13
V.2. Tipos de erros cometidos e artigos infringidos	15
VI. DISCUSSÃO	19
VII. CONCLUSÕES	25
VIII. SUMMARY	26
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
X. ANEXOS	30

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

QUADROS

QUADRO 1. Frequência dos erros cometidos.....pag. 15

GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Artigos infringidos pelos médicos condenados à censura pública.....pag. 13

GRÁFICO 2. Sexo dos médicos condenados à censura pública na Bahia.....pag. 14

GRÁFICO 3. Especialidades médicas dos apenados com censura pública na Bahia..pag. 14

GRÁFICO 4. Tempo de formação dos médicos condenados à censura pública.....pag. 15

GRÁFICO 5. Artigos infringidos por capítulo do CEM.....pag. 17

GRÁFICO 6. Erros cometidos correlacionados aos artigos do CEM.....pag.17

GRÁFICO 7. Erros cometidos no artigo 1º do CEM.....pag.18

GRÁFICO 8. Local e tipo de atendimento onde ocorreu o erro médico.....pag. 18

I. RESUMO

ERRO MÉDICO: PERFIL DO PROFISSIONAL NA BAHIA.

INTRODUÇÃO: “Erro médico é o dano a alguém causado pelo médico, em decorrência do exercício profissional, mediante ação ou omissão, cometido por culpa, havendo um nexo de causalidade entre a conduta do médico e o dano ocasionado”. No Brasil há escassez de dados sobre o assunto, sendo observados poucos estudos a esse respeito. Contudo, acredita-se que o número de denúncias por erros médicos está aumentando de forma significativa nos últimos anos. Neste contexto, faz-se necessário investir na prevenção dos erros, estimulando a partir da graduação do ensino médico uma prática crítica, responsável e humanística, assim como uma educação ética e técnica continuada.

OBJETIVO: Avaliar o perfil dos médicos condenados à censura pública por processos Ético-profissionais no Conselho Regional de Medicina da Bahia, no período de 2010 a 2013.

DELINEAMENTO DA PESQUISA: Foi realizado estudo observacional, transversal, com metodologia de caráter exploratório, histórico e descritivo a respeito dos casos de censura pública médica na Bahia, compreendidos entre 2010 e 2013.

DADOS COLETADOS: No estudo dos 33 casos encontrados foram analisados o perfil médico e as características do evento que acarretaram na censura pública, a saber: sexo, tempo de profissão, especialidade, local e tipo de atendimento. Os dados obtidos foram armazenados em planilhas no programa Microsoft Excel 2010®, analisados sob a forma de gráficos e tabelas e comparados com resultados de outros trabalhos realizados no Brasil, de cunho semelhante e divulgados na literatura.

RESULTADOS: Foram condenados à censura pública, de 2010 até 2013, 33 médicos, sendo 27 (82%) do sexo masculino e 6 (18%) do sexo feminino. Das várias especialidades, a Ginecologia e Obstetrícia, foi a mais frequente ocorrendo em 9 casos (28%). Trata-se de profissionais, em sua maioria, com formação na década de 80 (69,7%), isto é, com cerca de 30 anos de profissão.

DISCUSSÃO: O perfil de erros médicos na Bahia é semelhante ao citado na literatura brasileira, qual seja: profissional de sexo masculino, com mais de 15 anos de experiência profissional, e o erro mais frequente foi a negligência.

CONCLUSÃO: O estudo permitiu-nos refletir sobre as atividades profissionais dos médicos, considerando-as como uma atividade cuja dimensão ética tem especial relevância. É devido a esta condição destacada que se evidencia a importância de averiguar as causas que levam às condutas éticas inadequadas, fonte de reflexão para o ensino da ética, possível ferramenta de prevenção do erro.

Palavras-chave: 1. Erro médico; 2. Educação ética; 3. Censura pública; 4. Perfil médico

II. OBJETIVO

II.1 Principal

Avaliar o perfil dos médicos condenados à censura pública por Processos Ético-profissionais no Conselho Regional de Medicina da Bahia, no período de 2010 a 2013.

II.2 Secundários

Determinar quais os artigos do Código de Ética Médica foram infringidos;

Identificar os erros mais cometidos;

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

III.1 Introdução

“A medicina consiste em ciência e arte. Como ciência, precisa de conhecimentos técnicos e como arte, de uma conduta correta ao realizar intervenções no alvo da sua atenção, isto é, o ser humano”. Apesar de a medicina ser praticada desde os tempos mais remotos, a medicina ocidental tem seus registros iniciais na Medicina Grega, com Hipócrates, autor do épico juramento médico: “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar danos ou mal a alguém”. Contudo como sistema ordenado, o primeiro código de ética da Medicina surgiu da idade moderna. Denominado *Medical Ethics*, foi publicado no ano de 1803 por Thomas Percival, médico inglês ^{8, 13, 23, 35}.

No Brasil, o primeiro decreto sobre o exercício legal da profissão médica data de 1851, tendo sido elaborado pela então existente Academia Imperial de Medicina, mais tarde denominada Academia Nacional de Medicina. Todavia tal decreto ainda não possuía as características próprias de um Código de Ética. Em 1867, a Gazeta Médica da Bahia publicou a tradução portuguesa do Código de Ética Médica da Associação Médica Americana. Essa publicação continha elogios ao povo americano pela iniciativa, embora a primeira iniciativa fosse sabidamente a brasileira ^{11, 13, 35}.

Em 1929 foi publicada no Boletim do Sindicato Médico Brasileiro uma tradução do Código de Moral Médica, aprovado pelo VI Congresso Médico Latino-Americano, realizado no ano de 1926 em Havana. Mas foi somente em 1944 que surgiu realmente o primeiro Código de Ética Médica oficialmente reconhecido pelo Governo, bem como o decreto-lei nº 7.955, que criou os Conselhos Federal e Regionais de Medicina. A partir deste código atualizações foram realizadas originando o código de 1965, até que em 1987 diante da redemocratização pela qual passava o país, um novo código foi criado, passando a vigorar até 1988. Esse Código de Ética Médica instituído pela resolução CFM nº 1.246/88 continha 14 capítulos e 145 artigos ^{11, 35}.

Hoje temos o novo Código de Ética Médica brasileiro, em vigor desde 13 de abril de 2010, de resolução nº 1931/2009 do Conselho Federal de Medicina. Trata-se de uma revisão que surge da necessidade de um documento que acompanhasse os avanços tecnológicos, o respeito e a promoção da autonomia. Substitui-se uma prática paternalista pela observação de um ato médico compartilhado, através de esclarecimento e informação ao paciente, familiares e representantes legais. Contendo 14 capítulos e 145 artigos, composto por 25 princípios fundamentais que regem o exercício da medicina, o Novo Código de Ética Médica (CEM) apresenta dez normas diceológicas que tratam dos direitos sociais dos médicos; cento e dezoito normas deontológicas que prescrevem os deveres sociais dos médicos; quatro disposições gerais sobre deveres e direitos dos médicos ¹¹.

III.2 Relação médico paciente

A relação médico-paciente passou por diversas transformações no decorrer do tempo. Na origem da medicina o aspecto religioso estava intrinsecamente relacionado à figura do médico, visto de maneira mítica, uma espécie de representante dos deuses na terra. À medida que se busca uma explicação racional sobre as leis que regem o mundo e, por conseguinte, no modo de entender a enfermidade e o seu nexos causal, a Medicina passa a ser exercida à beira do leito, tendo como centro do processo o paciente em todas as suas dimensões – social, econômica, psicológica e espiritual. Esse modo de relação entre o médico e seu paciente dura até século XVII. Com a revolução industrial, os grandes avanços nas ciências e a ampliação do modo de produção capitalista, a medicina é marcada por uma prática paternalista caracterizada por duas fases: Na primeira fase, o paciente passa a ter um papel secundário, sendo os protagonistas da relação o médico e a doença; já na segunda, a partir da segunda metade do séc. XIX até meados do século XX amplia-se o desenvolvimento científico e sua contrapartida, o aparato tecnológico. Como consequência de uma pretensa objetividade do conhecimento, as ciências biológicas e exatas tornaram-se bases da atuação médica, em detrimento das ciências sociais e humanas e o paciente passa a ser visto como objeto a ser manipulado, levando ao esgarçamento de uma relação baseada na confiança, na solidariedade perante o sofrimento e no respeito à dignidade humana. Um dos muitos fatores que contribuem para a crise da medicina como arte e técnica ^{8, 13, 22, 35, 37}.

Ainda que educados numa perspectiva de um saber fragmentado, da especialização precoce, do consumo excessivo da técnica, de uma prática de alto custo e ainda centrada no hospital, visto que a ênfase maior ainda é na doença, em lugar de ênfase na saúde e na atenção primária, no século XXI a classe médica vem passando por pressão, questionamentos e exigências de uma alta capacidade técnica aliada a uma prática humanista, exigências de uma relação médico-paciente baseada no respeito à autonomia e na consciência cidadã do médico, que deve entender sua prática como equilíbrio entre a beneficência e a não maleficência, bem como compreender a responsabilidade civil e social da sua profissão. Assim, diante das novas exigências e também por inegável receio de processos jurídicos, a consequência natural tem sido a adoção de comportamento defensivo por parte do profissional médico na sua atuação. Tal condição resulta em um empecilho na comunicação franca com os pacientes. Por sua vez as solicitações fúteis de exames, a documentação excessiva dos atos praticados, o direito do paciente à segunda opinião, têm gerado intervenções invasivas desnecessárias, condutas agressivas, aplicações burocráticas do consentimento informado, sonegação de informações ou uso de linguagem técnica com os familiares ou ao próprio paciente, chegando a mais grave das infrações, a saber: o erro médico ^{3, 4, 10, 13, 15, 17, 26, 27, 31, 34}.

III.3 Erro Médico: Conceito

Embora se encontre na literatura várias definições de erro médico, quase todas apresentam grande semelhança. Será aqui adotada uma definição considerada mais clara e completa. “Erro médico é o dano a alguém causado pelo médico, em decorrência do exercício profissional, mediante ação ou omissão, cometido por culpa, havendo um nexo de causalidade entre a conduta do médico e o dano ocasionado”. Em outras palavras, toda e qualquer falha ocorrida durante prestação da assistência à saúde, que tenha causado algum tipo de dano ao paciente, será considerada como erro médico^{17, 23, 20, 31}.

Nem todo mal resultado de um tratamento médico decorre da má conduta do profissional médico. Deveras, a responsabilidade médica e a culpabilidade são conceitos distintos que devem ser aqui considerados. O fato de o médico ser responsável pelos seus atos não significa necessariamente que o mesmo seja culpado de determinado procedimento não resultar em um desfecho efetivo. Há algumas situações em que para o paciente o resultado não é o esperado, porém não se está diante de um erro médico. O exemplo disto seria o resultado adverso. Esse não resulta da má prática médica, mas daquelas ocasiões onde apesar de despendido todos os recursos necessários, o profissional obtém resultado diferente do esperado. A adversidade decorre de uma situação incontrolável, intrínseca à evolução do caso ou quando é impossível para a ciência e para a Medicina prever quais as pessoas e em quais situações evoluirão para um desfecho inesperado e indesejado. O resultado adverso só pode ser considerado um erro médico se e somente se pode ser contornável pelo conhecimento científico e pela habilidade profissional^{3, 4, 40, 17, 26, 27, 31}.

Neste contexto faz-se também necessário estabelecer a diferença entre erro médico e má prática médica. A má prática acontece quando a medicina desvia-se de sua finalidade humanitária e é usada contra a dignidade do ser humano; neste caso inclui-se, por exemplo, a exploração financeira do paciente por parte do médico, ou outra situação em que este obtenha qualquer vantagem ou exerça a medicina como comércio. Esclarecer a distinção conceitual entre os termos erro médico, má prática e desfecho adverso reveste-se de fundamental importância, haja vista poder-se confundir um resultado adverso, obtido por um profissional ético e competente na prática diária da medicina, com aquele surgido do desrespeito grave ao ser humano, lesado em seus direitos fundamentais e/ou com repercussões sobre a sua saúde. “O erro é mais uma expressão da fraqueza humana, enquanto a má prática é mais uma expressão da sua maldade”^{17 23}.

Parece que o médico não comete mais erros que outros profissionais diplomados em áreas da saúde ou qualquer outra área. Ao contrário, talvez bem menos. Contudo, existe uma proibição formal de erro e da má prática, pois a natureza do trabalho médico e o seu interesse primário é restaurar ou melhorar a condição humana, e qualquer deslize pode resultar em consequências graves, até mesmo fatais. “Os erros médicos, quase sempre, causam dano e sofrimento aos pacientes, o que, aliado a

uma relação médico-paciente insatisfatória, é responsável por grande parte das denúncias feitas nos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs)”^{3, 7, 10, 17, 26}.

Atos imperfeitos realizados por profissionais de outras áreas de atuação podem não resultar em maiores consequências danosas, mas os erros dos médicos frequentemente levam a resultados indesejados e muitas vezes, sequelas irreversíveis. Enquanto para o médico a medicina representa um compromisso de meios, parecer haver uma crença equivocada, tanto para o paciente quanto para a sociedade em geral, que a Medicina seja uma ciência de resultados sempre positivos^{1, 2, 14, 21, 33, 39}.

No Brasil há escassez de dados sobre o assunto, visto que poucos são os estudos realizados a esse respeito. Contudo, acredita-se que o número de denúncias por erros médicos vem aumentando de forma significativa nos últimos anos. Ainda que esse crescimento possa representar de um lado aspectos positivos por apontar para um aumento da cidadania na busca pelo acesso à justiça, também traz consigo aspecto negativo, a judicialização da medicina com um crescente número de processos, que poderiam ser evitados pelo exercício do diálogo atento e respeitoso, pelo emprego mais humano e criterioso da técnica^{17, 28, 40}.

III.4 Erro Médico: Classificação

Há três formas de classificar o erro médico: (A) Imperícia, quando o médico realiza procedimento para o qual não é habilitado, correspondendo a um despreparo teórico e/ou prático por insuficiência do seu conhecimento; (B) Imprudência, quando o médico assume riscos desnecessários para o paciente sem qualquer respaldo científico, agindo sem a cautela necessária; (C) Negligência, quando o profissional não dedica os cuidados necessários ao paciente, caracterizando inação, passividade ou um ato omissivo. Muitas vezes, dado a complexidade dos fatos, é muito difícil distinguir entre imperícia e imprudência. Veloso de França chega a afirmar que não se pode atribuir imperícia a um médico devidamente diplomado e que o erro será sempre de imprudência ou negligência. Todavia sabe-se que eticamente nem todo profissional diplomado será exatamente qualificado, visto que o diploma é algo estático, fazendo-se constante a necessidade de atualização do conhecimento e aquisição de novas habilidades para o exercício ético e técnico da profissão. Afinal, como bem lembra o princípio V do Código de Ética Médica: “Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente”^{6, 16, 20}.

III.5 Julgamento médico

O médico pode ser julgado em dois tribunais: (1) Na justiça comum, por infração ao Código Penal e o Código Civil, respondendo o médico por prática de delitos tipificados como crime e práticas que o obriguem a ressarcir os prejuízos ocasionados decorrentes da sua conduta; (2) Nos

Conselhos Regional e/ou Federal de Medicina, cujos julgamentos baseiam-se no Código de Ética Médica. Principal artigo que caracteriza o erro médico, o artigo 1º, do Capítulo III - Responsabilidade profissional - determina que “é vedado ao médico causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência”^{4, 6, 11, 16, 17, 20}.

Quando se leva em conta a esfera da responsabilidade ético-profissional, cabe aos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) receber, apurar e julgar todas as denúncias contra os profissionais médicos, na abrangência de cada Estado da Federação onde o médico em questão esteja inscrito, ao tempo de ocorrência ou de punição do mesmo. Essa atuação é regulamentada pela Resolução CFM nº 1.617/01, conhecida como Código de Processo Ético-Profissional e invariavelmente tramita em absoluto sigilo processual. Assim, quando um médico é denunciado está sujeito à apuração da denúncia, constituída por duas fases: a sindicância e a instauração de processo ético-profissional^{6, 11, 16, 20}.

A instauração da sindicância ou abertura de expediente corresponde a uma fase preliminar que se destina à apuração dos fatos denunciados. Concluída esta fase da sindicância, é nomeado um Conselheiro sindicante que irá apresentar um relatório contendo a descrição dos fatos, as circunstâncias em que ocorreu, a identificação das partes em reclamante e reclamada, a conclusão sobre a existência ou inexistência de indícios de infração ética. Após a conclusão do relatório da sindicância, este é apreciado por uma Câmara de Julgamento de Expedientes do CRM e poderá resultar em três condições: arquivamento da denúncia com sua fundamentação; homologação de procedimento de conciliação; instauração do Processo Ético-Profissional (PEP)^{6, 11, 16, 20}.

Caso a Câmara de Julgamento de Expedientes delibere pela instauração do PEP, prosseguir-se-á com um parecer inicial, no qual deverão constar os fatos e a capitulação de cada delito ético cometido, fundamentado pelo Código de Ética Médica em vigor. É nomeado um conselheiro instrutor para coordenar o processo, quando as partes, agora denominadas de denunciante e denunciada, deverão apresentar as provas de acusação e defesa, respectivamente^{6, 11, 16, 20}.

Concluída a instrução, após a apresentação de quaisquer alegações finais pelas partes, são então designados dois Conselheiros, um relator e outro revisor, responsáveis pela elaboração de seus respectivos relatórios, ante a análise pormenorizada dos autos^{6, 11, 16, 20}.

Após os relatórios do conselheiro relator e do conselheiro revisor serem recebidos, é marcado e realizado julgamento, em ambiente dotado de toda a privacidade, garantindo-se o sigilo processual, sendo permitida somente a presença das partes e dos seus procuradores, os advogados^{6, 11, 16, 20}.

As penas disciplinares passíveis de aplicação pelos CRMs são aquelas previstas no Artigo 22 da Lei Federal nº 3.268/57, a saber: Pena A – advertência confidencial em aviso reservado; Pena B – censura confidencial em aviso reservado; Pena C – censura pública em publicação oficial; Pena D – suspensão do exercício profissional até trinta dias; Pena E – cassação do exercício profissional, *ad*

referendum do CFM. Diante da imposição de qualquer penalidade, cabe recurso de apelação, podendo o mesmo ser interposto por qualquer uma das partes^{6, 11, 16, 20}.

III.6 Erro médico: Circunstâncias e prevenção

O erro profissional surge, então, como consequência de uma série de fatores chamados fatores concorrentes para o erro médico, tais como a maleficência do aumento do dano, excetuando-se os casos de ação originalmente previsível do ato médico. Já os erros decorrentes da personalidade de quem exerce a Medicina e, portanto, de caráter subjetivo, seriam os derivados de má formação profissional; por fim há os erros produzidos pelo meio social em que o médico atua provenientes do sistema ou modelo vigente de saúde. Vale notar ser este último uma frequente alegação dos profissionais de saúde, visto que nos grandes centros urbanos os hospitais públicos apresentam demanda grande, requerendo recursos humanos e equipamentos quase nunca disponíveis, gerando tensão constante, inclusive deixando para o médico a decisão de escolher quem entre tantos receberá a atenção e cuidados necessários, o poder de decisão sobre quem vai viver e quem vai morrer^{4, 17, 31}.

Faz-se necessário investir na prevenção dos erros, estimulando na graduação do ensino médico uma prática crítica, responsável e humanística, assim como uma educação ética e técnica continuada, visando ambos a formação de profissionais que estejam mais comprometidos com a medicina como técnica e arte, menos sujeitos ao erro e à má prática. Assim, a educação médica solicita dois papéis, quais sejam: o informador e o formador. Enquanto o primeiro tem natureza técnica, isto é, tem basicamente a função de fornecer ao estudante conhecimentos científicos e habilidades práticas, essenciais ao exercício da futura profissão; o formador seria o educador responsável pela consolidação de uma personalidade adulta e equilibrada, capaz de compreender a complexa estrutura biopsicossocial do paciente, ou seja, dotado de habilidade ético-humanística necessária para o bem proceder na medicina. Pois assim afirma o CEM no seu Princípio Fundamental II: “o alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor da sua capacidade profissional”^{4, 14, 19, 24, 25}.

Por conseguinte e como já citado anteriormente, pouco são as fontes disponíveis sobre o tema erro médico. A escassa literatura a esse respeito contém dados pouco atualizados, ainda referentes aos antigos Códigos de Ética Médica. De igual modo, na Bahia há poucas casuísticas relacionadas ao erro médico, fatos que justificam a relevância social e pedagógica de pesquisas desta natureza, uma vez que pode servir de instrumento pedagógico ao formador do nosso meio e de outros centros.

IV. METODOLOGIA

IV.1 Delineamento da pesquisa

Foi realizado um estudo observacional, transversal, com metodologia de caráter exploratório, histórico e descritivo a respeito dos casos de censura pública médica na Bahia, compreendidos entre o período de 2010 e 2013. Para tanto, foi feita pesquisa na revista eletrônica *Vida & Ética* do Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB), para levantamento e análise dos dados. Deve-se salientar que, como prevê a condenação à censura pública, todos os casos também foram publicados no Diário Oficial da União e em jornais de grande circulação no Estado, tais como A Tarde e Correio da Bahia.

Os critérios para inclusão no estudo foram: a penalidade aplicada ser censura pública, as condenações serem de médicos registrados e atuantes na Bahia, e processos julgados pelo marco regulatório do novo Código de Ética Médica (Resolução CFM nº1.931/09).

Como critérios de exclusão foram observados: condenações de outras tipificações que não a censura pública; processos julgados com os Códigos datados de até 1988, visto que na revisão do novo Código houve alteração substancial e supressão de artigos, fato que poderia interferir no levantamento dos artigos mais infringidos.

Aspectos éticos da pesquisa: Por trata-se de dados públicos, a pesquisa dispensa a consulta e autorização de Comitê de Ética em Pesquisa.

IV.2 Coleta de dados

O período de análise de dados foi de outubro de 2013 até dezembro deste mesmo ano, sendo somente utilizados dados de casos publicados entre 2010 e 2013, perfazendo um total de três anos. Escolheram-se para levantamento os dados de casos compreendidos neste período por serem julgados pelo novo CEM.

Os dados foram obtidos nas seções de informes oficiais da revista acima citada. Foram coletados os seguintes dados: nome do denunciado, número de inscrição no CREMEB, número do PEP, data do julgamento e artigos infringidos. Todos os casos presentes na revista que atenderam aos critérios de inclusão foram utilizados, perfazendo um total de 33 censuras públicas.

Outros dados foram obtidos por meio de buscas na rede, tais como sites de cadastro médico e de noticiários que publicaram o caso. Desse modo foi possível determinar em cada processo a especialidade e o tempo de formação do médico infrator. Através de dados fornecidos no site do CFM foi possível determinar o local onde ocorreu a infração, isto é se na capital ou se no interior, e em qual nível de atenção se deu o erro, ou seja, em ambulatório ou emergência, se clínica ou se cirúrgica.

IV.3 Análise de dados

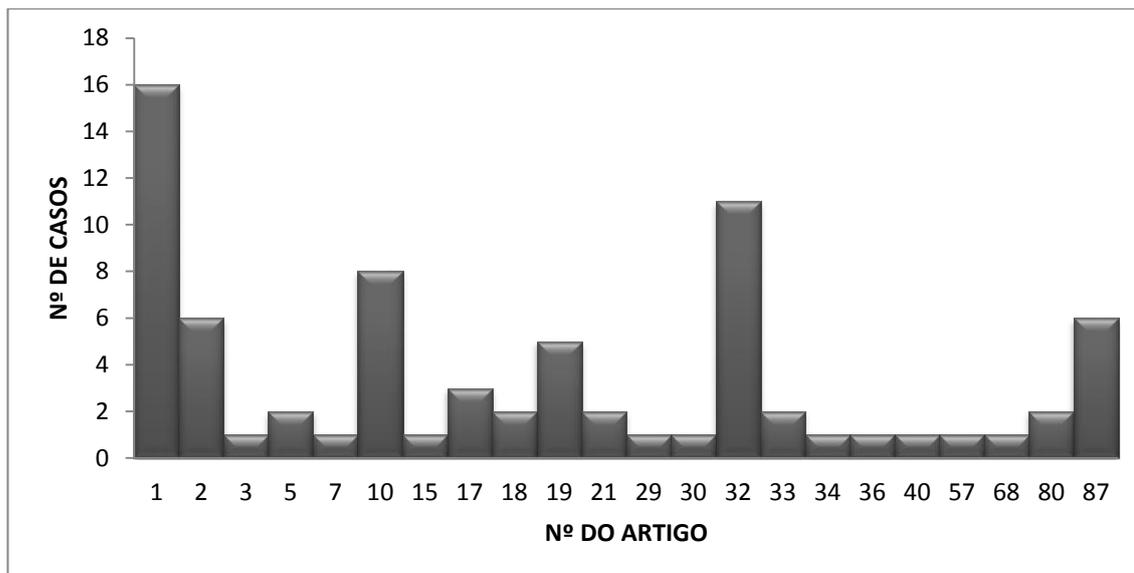
No estudo dos casos encontrados foi analisado o perfil médico através de características tais como: o sexo; o tempo de atividade médica; o (s) artigo (os) infringido (os); a presença ou não de especialidade registrada no CREMEB (residência médica); tipo de atendimento em que ocorreu a denúncia (se público ou privado, emergência ou eletivo, cirúrgico ou clínico); e se o erro médico se deu por negligência, por imperícia e/ou por imprudência.

Os dados obtidos foram armazenados em planilhas no programa Microsoft Excel 2010®, analisados sob a forma de gráficos e tabelas e comparados com resultados de outros trabalhos realizados no Brasil, de cunho semelhante e divulgados na literatura. Buscou-se formar um perfil comportamental do médico infrator do Código de Ética Médica, no intuito de estabelecer os principais artigos infringidos, bem como refletir sobre as possíveis causas e modos de prevenção para este problema.

V. RESULTADOS

Foram condenados à censura pública, de 2010 até 2013, 33 médicos. Destes 21,2% infringiram unicamente o Art.1 do CEM (7 casos). Já 27,3% infringiram o Art. 1 em associação com outros artigos (9 casos). No total ocorreram 48,5% casos de infração ao Art.1 do CEM (16 casos). Portanto, sozinho ou em associação com infrações outras ao CEM, o Art. 1 tipifica o erro médico mais cometido (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Artigos infringidos pelos médicos condenados à censura pública



V.1 Perfil do médico condenado

Dos 33 médicos censurados, 27 (82%) são do sexo masculino e 6 (18%) do sexo feminino (Gráfico 2). Quanto à idade só foi possível identificar em apenas dois processos dos trinta e três casos encontrados. Em relação às especialidades, Ginecologia e Obstetrícia foi a mais frequente dos casos, representando 9 condenados (28%), seguida de Urologia e Pediatria ambas com 4 condenados (12%). Cirurgia geral, Anestesiologia, Psiquiatria e Ortopedia tiveram cada uma dois casos (6%). Por fim nas especialidades Endocrinologia, Gastrenterologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Clínica Médica, Medicina do trabalho, apenas um médico em cada uma (3%). Não foi possível determinar o registro no CREMEB em três casos. (Gráfico 3).

Em sua maioria, trata-se de profissionais graduados na década de 80 (69,7%), isto é, com aproximadamente 30 anos de profissão (Gráfico 4). Deve-se salientar que todos os condenados permaneciam com seus respectivos registros ativos no CREMEB e exercendo a profissão até o momento da coleta de dados da presente pesquisa.

Gráfico 2 – Sexo dos médicos condenados à censura pública na Bahia

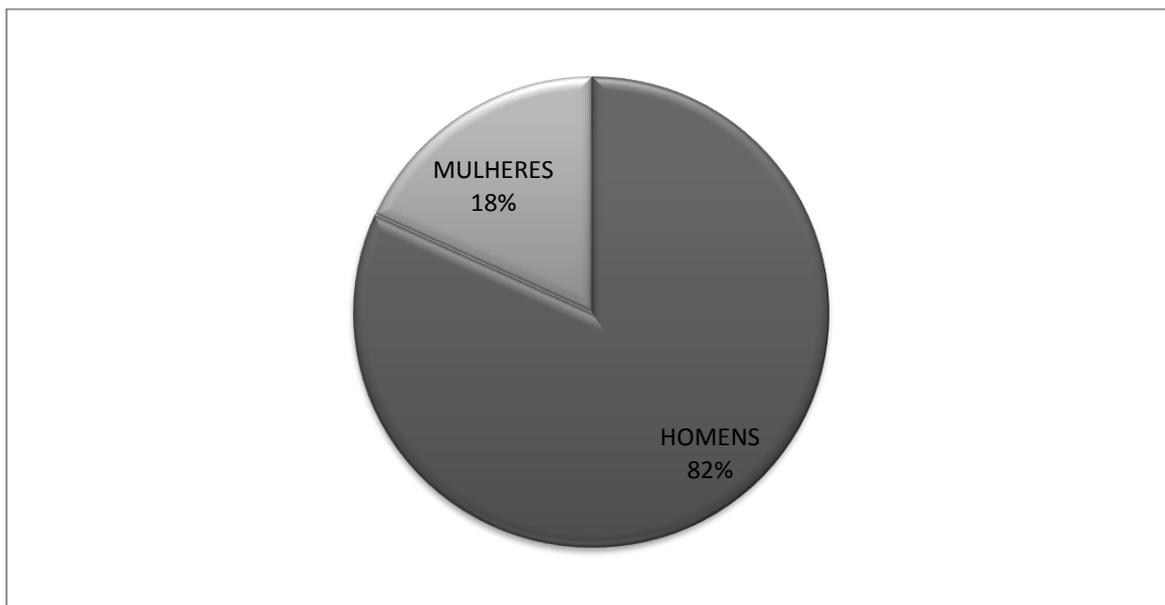


Gráfico 3 – Especialidades médicas dos apenados com censura pública na Bahia

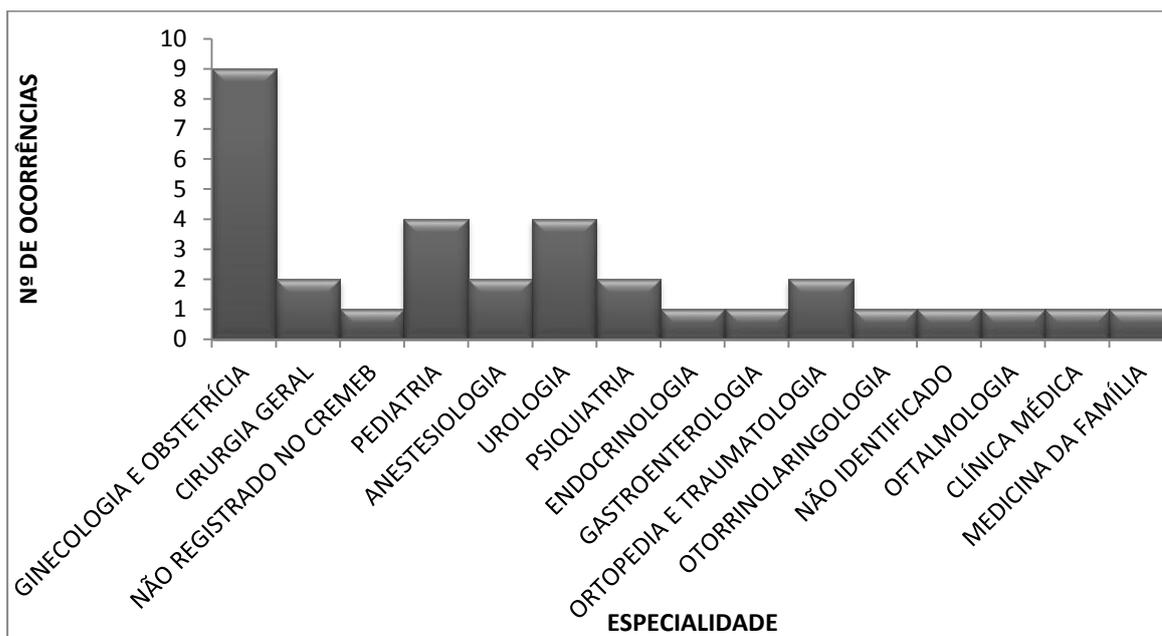
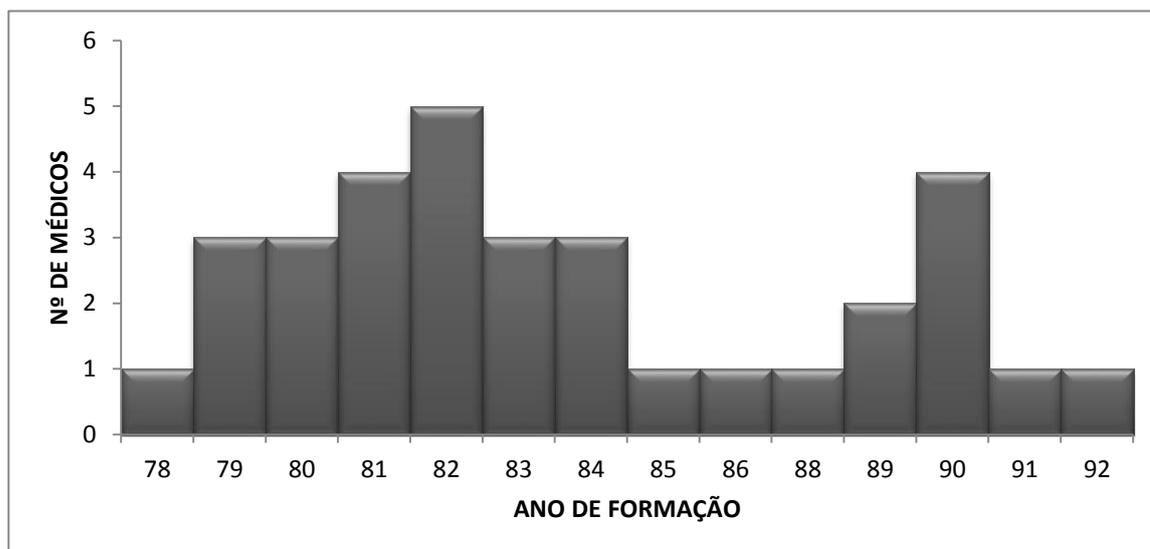


Gráfico 4 – Tempo de formação dos médicos condenados a censura pública

V.2 Tipo de erros cometidos e artigos infringidos

Com relação à associação de artigos aos erros cometidos pelos médicos, observou-se uma gama de infrações correspondentes a poucos artigos, quase como um padrão de repetição. Citado em 9 casos (17%), o mais infringido quando em associação com outros artigos foi o Art. 32, Capítulo V – Relação com Pacientes e Familiares: “Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e ao seu alcance, em favor do paciente”. (Quadro 1).

Quadro 1 – Frequência dos erros cometidos

Erros cometidos (Art. infringidos)	Frequência (nº de casos)
Assistência inadequada e insuficiente ao paciente não esclarecendo o diagnóstico e a terapêutica (Art.29 e 57)	02
Delegou atribuição exclusiva da medicina a outro profissional (Art.2 e 10)	06
Não elaborou corretamente o prontuário médico (Art.87)	06
Atuação sem inscrição na regional (Art.17)	01
Não usou todos os meios de diagnóstico e tratamento ao seu alcance em favor do paciente (Art.1, 2, 32 e 33)	09
Deixou de atender paciente quando era da sua obrigação fazer (Art.7 e 33)	01
Praticou atos danosos ao paciente, caracterizado como imperícia, imprudência ou negligência (Art.1)	04

CONTINUA

Quadro 1 – Frequência dos erros cometidos [continuação]

Não avaliou evolução de trabalho de parto, agindo sem zelo médico, sendo, portanto, imprudente e negligente (Art.1)	04
Na função de direção da unidade da saúde não assegurou as condições mínimas adequadas à prática da medicina (Art.19)	03
Emitiu atestado sem ter praticado ato profissional que justifique (Art.10, 80 e 87)	02
Forneceu laudo de exame incorreto (Art.1)	01
Não examinou o paciente (Art.1)	01
Não acompanhou paciente submetido a procedimento cirúrgico (Art.1)	03
Agiu com negligência na observação dos requisitos para contratação médica (Art.10, 17 e 19)	01
Permitiu a prática da medicina por estudantes sem obrigatória supervisão médica (Art.10 e 19)	03
Não realizou procedimento que registrou no prontuário assumindo responsabilidade por ato médico que não praticou (Art.5)	02
Abandonou o plantão (Art.1, 2 e 33)	01
Aproveitou-se da relação médico-paciente para obter vantagem política (Art.30, 40 e 68)	01
Deixou de colaborar com as autoridades sanitárias (Art.21)	02
Total	53

Quando se observa os artigos infringidos, o capítulo III, Responsabilidade Profissional, é o mais prevalente, tendo um de seus artigos infringidos 48 vezes dentro dos 33 casos. (Gráfico 5)

Em relação estrita ao erro médico, foi possível identificar casos de imprudência, imperícia e/ou negligência, sendo este último o mais prevalente com 26 casos (55%). Em seguida veio a imprudência, com 13 casos (28%) e por fim a imperícia com 1 caso (2%). Em 7 casos (15%) não foi possível especificar o erro. (Gráfico 6)

Excetuando-se os casos que não foi possível tipificar o erro, a maioria das infrações dos 33 casos relatados ocorreu com mais de um tipo de erro cometido. A negligência e a imprudência foram a associação mais comumente encontrada, citada em 13 casos (52%). Somente classificada como negligência 11 casos (44%). Em apenas 1 caso (4%) apareceu a associação de negligência e imperícia. (Gráfico 7).

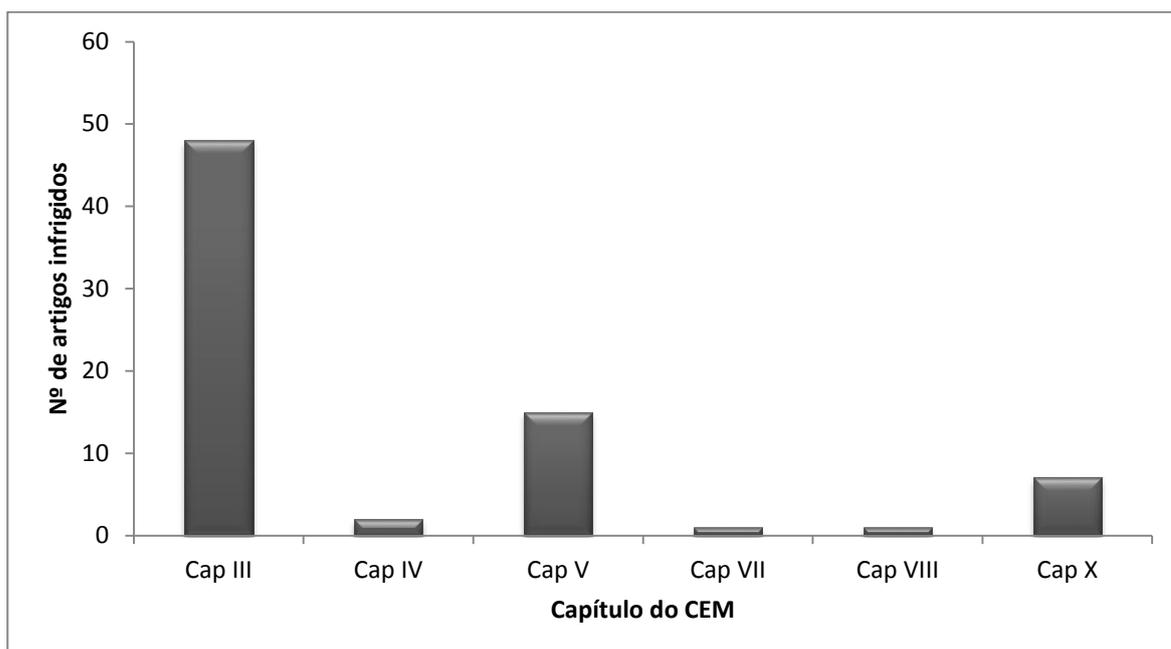
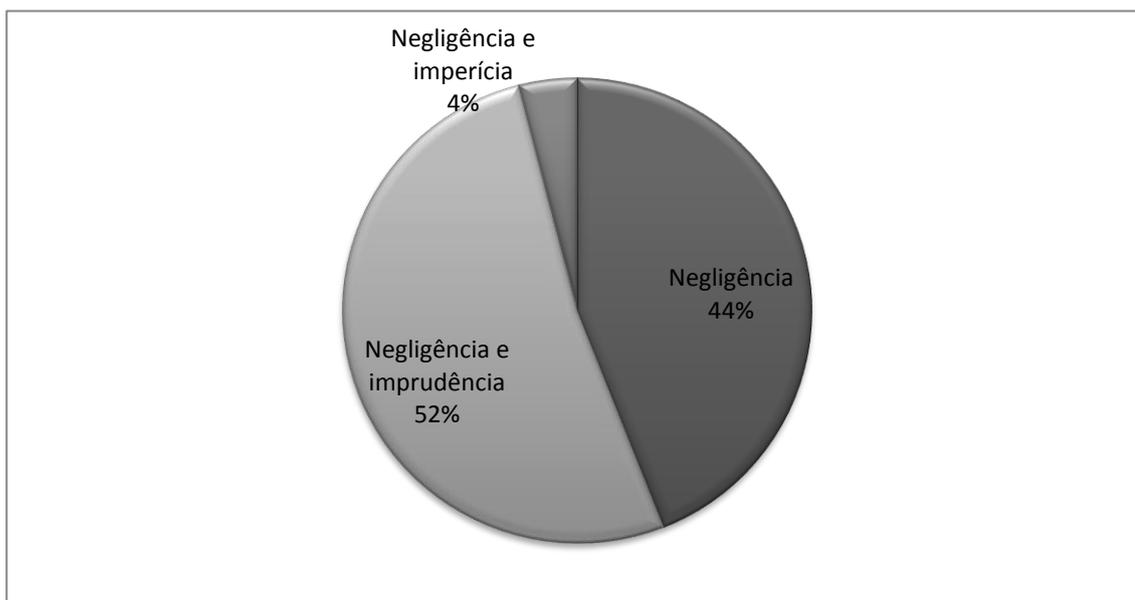
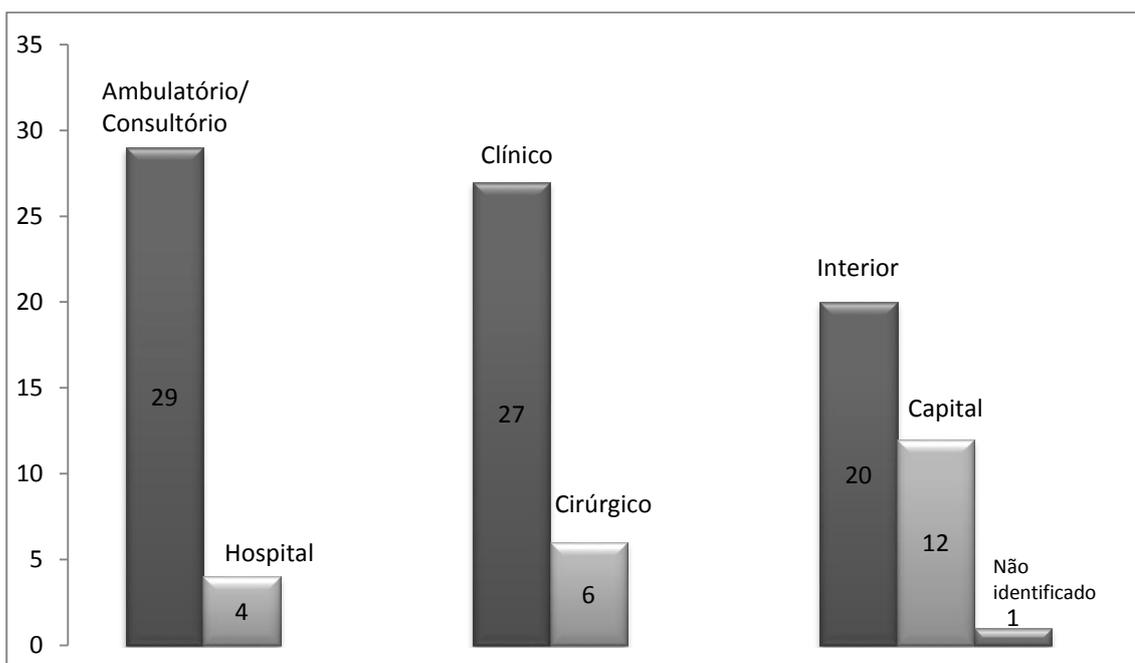
Gráfico 5 – Artigos infringidos por capítulo do CEM**Gráfico 6 – Erros cometidos correlacionados aos artigos do CEM**

Gráfico 7 – Erros cometidos no Art. 1º do CEM

No que tange o centro onde ocorreu o atendimento: Hospital em 4 casos (12%) e Ambulatório em 29 casos (88%). Quanto ao tipo de atendimento: Clínico correspondeu a 27 casos (82%) e Cirúrgico em 6 casos (18%). O local: interior do Estado da Bahia com 20 casos (61%); na capital, Cidade do Salvador com 12 casos (36%). Houve um caso em que não foi possível identificar o local do atendimento, se no interior ou na capital. (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Local e tipo de atendimento onde ocorreu o erro médico

VI. DISCUSSÃO

No Brasil o mercado de trabalho médico amplia-se cada vez mais, com complexidades e especificidades próprias. Há hoje no país cerca de 390.000 médicos em atividade, segundo o Conselho Federal de Medicina. Para o CFM, a cada ano juntam-se a este contingente perto de 15 mil médicos graduados, em mais de uma centena de escolas médicas, em suas maiorias criadas ainda na década de 1960. Ocorre que o crescimento anual de médicos vem aumentando em grande proporção com uma formação técnica e ética nem sempre dentro dos marcos nacionais regulatórios e/ou com estrutura física, campos de práticas e profissionais compatíveis para oferta de uma formação técnica e habilidades éticas e humanísticas necessárias ao exercício responsável da medicina^{11, 28}.

Inúmeros fatores concorrem para o aumento do número de processos por erro médico, a saber: especialização precoce, conscientização crescente da população acerca de seus direitos, precarização das condições de trabalho, no âmbito público e privado, a influência da mídia. Ainda como fatores importantes na contribuição de más práticas encontram-se uma deterioração na qualidade da relação médico-paciente, uma formação deficiente durante a graduação, escassez de pós-graduação e ausência de oferta de educação médica continuada pelos órgãos competentes^{17, 31, 40}.

Grande parte dos trabalhos que abordam os casos de PEPs por erro médico, termina por se restringir ao perfil do médico envolvido, de tal forma que pouco se ressalta acerca do perfil dos pacientes ou familiares que processaram os médicos. Tais informações se tornam relevante quando se pensa que o atendimento médico é uma relação dual, onde a atitude de ambas as partes, médico e paciente, podem levar a resultados negativos. Os insucessos terapêuticos nem sempre têm a sua origem exclusivamente no médico. Uma parte deles corresponde atitudes dos pacientes ou então são de responsabilidade mista. Cerca de 15% dos pacientes não cumprem com o tratamento indicado e a razão mais alegada consiste no esquecimento. Sob esse pretexto, numerosas outras causas podem estar mascaradas - fatores socioeconômicos, efeitos colaterais da medicação, a falta de adesão ao tratamento, dentre outras³². O mau relacionamento entre médicos e equipe de enfermagem também foi abordado e apontado na literatura como fonte causadora de erros, demonstrando uma maior chance de ocorrerem quando não há uma interação harmoniosa e respeitosa dentro da equipe que presta atendimento¹⁵.

Na presente casuística não foi possível determinar o perfil de pacientes, familiares ou representantes legais como denunciante, uma vez que tais dados não aparecem nos registros públicos. Contudo há relatos na literatura de pacientes ou familiares como os maiores denunciante, seguido de *ex-officio* (administração responsável pelo serviço), comissões de ética médica, médicos e outros representantes da sociedade³⁶.

Os fatores que se constituem como principais problemas que ajudam na determinação da má prática dizem respeito à relação médico-paciente, quais sejam: abandonar o paciente; desvalorizar

suas queixas e suas opiniões; fornecer informações incompletas ou de forma inadequada, sem que o paciente consiga entendê-las; a desconsideração das expectativas do outro; pouca escuta; decisão terapêutica e ou diagnóstica não compartilhada^{28, 40}. Segundo estudo realizado por Beckman *et al.*, alguns advogados especializados em Erro Médico quando questionados sobre a razão básica pela qual o paciente denunciava o médico, responderam que mais de 80% dos casos se deviam a questões de comunicação. Em 35% das vezes por falha de comunicação, 7% por depreciação do médico e 3% causado por não esclarecimento de expectativas irreais dos pacientes. Portanto, parece que fornecer uma Medicina de alta qualidade técnica não é o suficiente para garantir a eficácia do procedimento médico. É necessária uma formação para as habilidades de um atendimento ético e humanizado, de tal forma que o paciente possa sentir-se autor de sua história e participe das decisões a serem tomadas sobre o seu corpo e sua saúde, mas com repercussão em todas as suas outras dimensões: econômica, social, privada, psicológica, cultural, religiosa, etc.³.

Existem alguns estudos a respeito do perfil dos médicos punidos pelos PEPs. Um destes levantamentos encontrados na literatura é do Ibiapina. Aqui também se sobressai a infração ao artigo 1º do atual CEM, correspondente ao erro médico. Neste levantamento, as ocorrências relativas ao Erro Médico se deram por profissionais com mais de 10 anos de graduação, em procedimentos de pequeno porte, com falha na comunicação com familiares, prontuários incompletos, médicos sobrecarregados por múltiplos empregos e omissão de atendimento. Por sua vez, as condições facilitadoras do ato médico imperfeito ocorreram por pequenos procedimentos, exiguidade de tempo e indisponibilidade pessoal, escolha de instalações inadequadas, deficiente comunicação médico-paciente, anotações lacônicas ou inexistentes e prescrições verbais¹⁶.

O CFM, a Federação Nacional dos Médicos, a Associação Médica Brasileira e o Ministério da Saúde, através da Fundação Oswaldo Cruz, realizaram no ano de 1995 uma pesquisa que estabelecia as características dos médicos que atuavam no país: 65% viviam nas capitais e 35% viviam no interior²⁸. Corroborando com essa estatística, o estudo de Carvalho encontrou que a maioria dos processos ocorreu na capital⁹.

A presente pesquisa encontra um resultado diferente dos estudos mencionados. Aqui o maior número de processos se deu em atuações no interior da Bahia, precisamente em 61% dos casos. Talvez por refletir uma maior distribuição do trabalho médico característica da atualidade e consequente inserção fora dos grandes centros, bem como pela precariedade nas condições de trabalho.

Nas condenações analisadas no presente estudo, predominou a origem das denúncias com atendimentos em ambulatório/consultório, eletivos (88% dos casos). Os demais casos ocorreram em hospitais e emergências. Estes são dados que também diferem do encontrado na literatura. Por exemplo, o trabalho de Carvalho encontrou porcentagem maior das denúncias em ambientes

hospitalares, e emergenciais, muito superiores ao das denúncias advindas dos ambulatórios/consultórios e serviços eletivos outros⁹. Essa diferença de resultados pode apontar para uma mudança de perfil do atendimento cada vez menos hospitalocêntrico, o já citado maior grau de esclarecimento do paciente e acesso mais fácil às informações nas localidades do interior do Estado.

No que diz respeito ao tipo de erro cometido, a negligência foi a forma de culpa mais frequentemente encontrada (55% dos casos). Esse resultado está em consonância com trabalhos de outros encontrados na literatura^{5, 10, 18, 29, 38}, a exemplo de Maia *et al.* que encontrou uma casuística em torno de 49% dos casos³⁰. Evidencia-se assim que as principais falhas ocorridas no exercício profissional do médico são por omissão, descaso ou passividade profissional. Fato que possivelmente provoca profunda revolta no paciente e/ou na família, todos abalados com o problema de saúde do paciente e espera do médico a adoção de todas as medidas necessárias, quer sejam elas técnicas, quer sejam elas humanísticas^{5, 29, 38}.

Em relação ao perfil dos médicos, este estudo observou que 82% dos profissionais eram do sexo masculino. Este achado está em acordo com outros estudos da área, como Macri *et al.* que ao analisar 61 médicos, encontrou em 77% dos casos profissionais do sexo masculino. D'Ávila, por sua vez, observou que os médicos foram condenados 24 vezes mais do que as médicas. Tendo em vista este relatos o sexo masculino aparece como o mais prevalente em processos. Tais trabalhos trazem como explicação da baixa prevalência de denúncias entre o sexo feminino, o fato das mulheres em geral serem consideradas mais atenciosas e cuidadosas quando comparadas ao sexo masculino. Essas características positivas podem influir e resultar em uma melhor relação médico-paciente^{18, 29}.

Realizado em Santa Catarina, o estudo de Carvalho mostra ainda uma maior disparidade entre os sexos. Neste estudo, 96,97% dos casos foi do sexo masculino e apenas um caso (3,03%) foi do sexo feminino. Para Carvalho, as médicas são menos denunciadas do que os médicos por uma série de motivos: melhor interação com os pacientes, maior tempo dedicado a ouvir e examinar os pacientes, menor número de pacientes atendidos, tratamento de pacientes portadores de moléstias menos graves, ou seja, habilidades humanísticas. Afirma este autor que as mulheres têm uma maior capacidade de interação, ouvem, falam e explicam, além de parecerem ser mais atenciosas. Tais características talvez ajudem a explicar o porquê de um número tão baixo de médicas denunciadas, uma vez que está firmemente estabelecido ser a capacidade de interação do profissional a pedra basilar para uma boa relação médico-paciente¹⁰.

Na maioria dos estudos usados como base de revisão teórica a idade média dos médicos envolvidos em processos oscila em torno de 40 anos, e logo com provável experiência profissional^{5, 9, 10, 18, 30, 38}. No trabalho de Carvalho, dois terços dos médicos exerciam a profissão há mais de 10 anos, enquanto que 22,86% tinham entre 10 e 15 anos de prática médica e 45,71% mais de 15 anos. Para ele, a posição de destaque do ponto de vista socioeconômico que muitos profissionais já haviam

atingido neste momento de suas carreiras realimentaria o “pensamento mágico” de onipotência. Outra possibilidade aventada foi à recompensa financeira. Ao atingir determinada idade o médico passa a ter a necessidade de aumentar a sua fonte de renda, recorrendo a vários empregos e atividades sub-remuneradas, tendo em vista o sustento da família e as preocupações relativas à aposentadoria¹⁰. No presente trabalho, contudo, a idade só foi obtida em apenas dois casos dos 33 médicos processados. Um tinha 48 anos e o outro 62 anos, o que se torna insuficiente para quaisquer afirmações.

No que se refere ao tempo de formação profissional, essa pesquisa corrobora os demais estudos. A média de tempo de experiência profissional encontrada é de 30 anos, isto é, profissionais com grande experiência. A hipótese para explicar tal fato, além do já demonstrado por Carvalho, parece que junto a uma maior experiência profissional, os médicos tornam-se também mais autoconfiantes e menos cuidadosos, reforçando o fato da negligência configurar-se a forma de culpa mais frequentemente apontada.

Quando se trata das especialidades médicas, assim como na grande maioria dos estudos, aqui também a Ginecologia-Obstetrícia é a mais frequentemente encontrada, em 28% dos casos. Nesta área certos procedimentos têm grande probabilidade de resultados adversos, mesmo na ausência de erros. Como citado em outros trabalhos, este achado pode estar ligado à desumanização do parto, ou seja, falha na compreensão por parte do especialista médico do parto como um evento fisiológico, envolvendo mãe e filho e onde a gestante é a maior protagonista. Soma-se a isso um evento que envolve pessoas jovens, na maioria das vezes saudáveis, onde não se espera problemas adversos. Logo, quando ocorre uma morte ou lesão corporal permanente, há uma maior predisposição de denúncia por parte da paciente e/ou familiares. Mais a mais, tem-se uma atividade noturna, com grande prevalência de cesárea, onde o cansaço e/ou redução dos mecanismos de atenção são fatores potenciais para a ocorrência do erro^{5, 9, 10, 18, 30, 38}.

Um dos principais fatores apontados para uma má conduta ética do médico é a deficiência na formação ética e humanística no período de graduação. Este seria o momento ideal para moldar o caráter profissional com valores e princípios fundamentais, visando uma conduta médica que tenha como objetivo o bem estar do paciente, visto e respeitado em todas as suas dimensões^{4, 24}. Segundo relatório da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), em geral as escolas médicas brasileiras não estão formando profissionais que atendam às necessidades da população. Os profissionais médicos recém-formados saem das faculdades com uma formação ética e humanística deficiente, uma concepção funcionalista e tecnicista do processo saúde-doença, especialização exagerada e precoce, sem possibilidade e sem estímulos para uma educação médica continuada, de atualização¹².

Por sua vez, parece haver um consenso sobre como o exercício regular da Medicina vai além de apenas uma exigência para habilitação legal da profissão. Implica também, e talvez muito mais, no aprimoramento continuado, adquirido através dos novos conhecimentos acerca da sua profissão, visto a constante evolução da medicina, principalmente no que se refere às técnicas de exame e aos meios de tratamento. Tal busca deve ser realizada seja nas publicações especializadas, nos congressos, nos cursos de especialização ou nos estágios em centros hospitalares de referência. Em suma, é muito importante que o médico se mantenha atualizado, conhecedor dos avanços da sua profissão. Para tanto é premente o estabelecimento e oferta de uma forma acessível e incentivadora que permita a continuidade do aprendizado, ainda hoje quase restrita aos convites feitos pela Indústria Farmacêutica durante as visitas dos seus propagandistas, em locais do exercício da atividade médica. Além de um dever ético, o ensino médico continuado precisa ser uma obrigação dos órgãos competentes para tal ^{4, 12, 24}.

Nesse contexto, as entidades médicas, como o próprio CFM, poderiam incentivar, incrementar e também facilitar o acesso de médicos a cursos de atualização, jornadas, simpósios, congressos, encontros e similares. Objetivando não só o aprimoramento e a atualização do ponto de vista estritamente técnico-científico, mas que tivessem também um cunho de aprimoramento nas mais diversas áreas do saber tais como relações humanas, ética, antropologia e outras, visando em última instância à habilidade para estabelecer um bom relacionamento médico-paciente. O fato é que a natureza da prática médica é bastante complexa, sendo inúmeras e múltiplas as intervenções que cada paciente sofre. Assim a má conduta não pode e nem deve ser tolerada. ^{23, 31}.

Na nossa sociedade, a denúncia sobre um Erro Médico provoca no profissional, além da sensação de uma afronta inaceitável, uma espécie de condenação antecipada, a desonra, causando-lhe pânico e transtornos emocionais, sociais e profissionais gravíssimos, interferindo, profundamente, na sua vida profissional e pessoal ^{9, 10}.

O médico tem a expectativa de ser o profissional mais cuidadoso da sociedade, mas falta-lhe também a percepção do quão grave podem ser os problemas causados por falhas no exercício da sua profissão. Por outro lado, estudos apontam que a maioria dos erros é de natureza leve, sutil ou sem consequências maiores de danos graves ao paciente. Os médicos têm uma grande dificuldade em lidar com um erro quando o mesmo ocorre. Acredita-se que a razão para essa postura está na educação médica. Os médicos são educados para uma prática profissional isenta de falhas. Há uma acentuada ênfase educacional na perfeição, tanto no diagnóstico quanto no tratamento. É a cultura da infalibilidade. Os médicos passam a pensar deliberadamente, sem razão, que admitir uma falha de sua parte poderá levá-lo a uma censura social ou ao aumento da fiscalização sobre os seus atos, pelos Conselhos de Medicina e por seus colegas, que poderão tê-lo como incompetente ou negligente.

Assim, o melhor é esconder a falha, não admiti-la ou até culpar o paciente pelas consequências finais do ato profissional^{9, 10}.

Ainda que o padrão da ética médica seja este da perfeição ou, pelo menos, uma atuação profissional livre de falhas, os médicos reconhecem que estas são inevitáveis e a maioria gostaria de refletir sobre suas falhas e aprender com elas. No âmbito emocional os médicos precisam da compreensão de seus pacientes e dos seus pares quando cometem pequenas falhas, visto o desgaste gerado. No entanto, são eles próprios que muitas vezes recusam o apoio e as sugestões, por estarem impregnados da cultura da infalibilidade ou, simplesmente, por medo. Medo talvez seja o maior sintoma do profissional da Medicina perante a sua falibilidade: medo do constrangimento diante dos seus pares, medo da punição pelos Conselhos de Medicina e medo de uma demanda judicial. A falibilidade do médico e da Medicina é inquestionável. É ela aceita, em parte, pela doutrina, pela lei e pela jurisprudência, principalmente sob o ângulo penal e moral. No entanto, a responsabilidade civil chega a ser quase ilimitada⁹.

Pelo exposto pôde-se perceber que o Erro Médico é um assunto delicado e complexo. Desde tempos remotos até os dias atuais, esse problema suscita muitas discussões e traz à tona mais questionamentos do que respostas. Assim fica evidente a importância dos estudos nesta área, visto que podem contribuir para um conhecimento das causas, onde é mais frequente o erro, ajudando na prevenção e na educação dos futuros egressos das escolas médicas. Por fim, importa ressaltar que, embora a tecnologia médica avance sempre mais e mais, se isso não for acompanhado de uma valorização do ser humano existente em cada médico e em cada paciente, a medicina continuará padecendo do mal decorrente das transgressões técnicas, éticas e humanísticas na sua prática diária.

VII. CONCLUSÕES

Quanto ao perfil do médico infrator apenados com censura pública:

1. Semelhante com os dados citados na literatura, a maioria dos casos são com profissionais do sexo masculino, com mais de 15 anos de profissão e especializados em Ginecologia/Obstetrícia;
2. Problemas na relação médico-paciente é a causa que mais leva ao erro médico;
3. O erro mais frequentemente cometido foi a negligência, mostrando que o Art. 1 do CEM é o mais infringindo;
4. A origem das denúncias foi maior nos consultórios/ambulatórios e no interior do Estado.

Quanto à prevenção do erro:

1. O estudo mostra que a atividade profissional dos médicos se caracteriza como um tipo de trabalho cuja dimensão ética não se separa da dimensão técnica;
2. A boa prática médica caracteriza-se por uma relação médico-paciente respeitosa e cuidadosa. Muitos erros poderiam ser evitados se o profissional médico estiver educado para o respeito à autonomia do paciente, prestando as informações adequadas, tomando decisões compartilhadas;
3. É evidente a necessidade de uma educação no curso de graduação em medicina baseada na excelência técnica, no conhecimento da ética, no CEM;
4. Oferta de educação continuada para atualização da técnica e das habilidades éticas e humanistas, de acesso fácil e permanente para todos os profissionais médicos;
5. Estudos dessa natureza podem contribuir para estabelecer o perfil do erro e ajudar nas medidas a serem adotadas para prevenir o erro e aprimorar o exercício da Medicina.

VIII. SUMMARY

MEDICAL ERROR: A PROFESSIONAL PROFILE IN.

INTRODUCTION: “Medical error is the damage caused to someone by physician as a result of professional practice by act or omission, committed by guilt. There is a causal link between the conduct of the doctor and the damage caused”. In Brazil there is paucity of data on the subject, since there are few studies on this subject. However, it is believed that the number of complaints for medical errors has increased significantly in recent years. In this context, it is necessary to invest in the prevention of errors, stimulating since graduation from medical school a critical practice, to a responsible and humanistic ethics and continuing technical education. **OBJECTIVE:** Evaluating the characteristics of physicians sentenced to public censure for ethical and professional processes in Bahia Regional Medical Council in the period 2010-2013 **OUTLINE OF RESEARCH:** Observational study, cross-sectional and exploratory methodology, historical and descriptive about the medical cases of public censure in Bahia, included between 2010 and 2013. **COLLECTED DATA:** This study of 33 cases was analyzed by the medical profile of their characteristics such as sex, for example. Data were stored in spreadsheets in Microsoft Excel 2010 ® program analyzed in the form of charts and graphs and compared with results from other studies conducted in Brazil, similar in nature and published literature. **RESULTS:** There were 33 physicians sentenced to public censure, from 2010 until 2013. 27 (82 %) of them were male and 6 (18 %) females, distributed among several specialties. Obstetrics and gynecology, was the most frequent cases, convicted 9 (28 %). They were professionals mostly trained in the 80 (69.7 %), i.e., about 30 years in the profession. **DISCUSSION:** The profile of medical errors in Bahia is similar to that cited in the Brazilian literature: Professional male, over 15 years of professional experience, and the most frequent error was neglect. **CONCLUSIONS:** The study allowed us to reflect on the professional activities of physicians and it confirms us that are an activity characterized as a type of work whose ethical dimension plays special relevance. It is due to this condition highlighted that it is extremely important to ascertain facts that may represent inadequacies of ethical conduct, and it may stimulate right attitudes.

Keywords: 1. Medical Malpractice; 2. Ethics Education; 3. public censure; 4. Doutor Profile

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida LD, Machado MC. Atitude médica e autonomia do doente vulnerável. *Revista Bioética* 2010; 18(1): 165-183.
2. Balint M. *O Médico seu paciente e a doença*. São Paulo: Livraria Atheneu, 2008.
3. Beckman HB *et al.* The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine* 1994; 154: 1395.
4. Bitencourt AGV, Neves NMBC, Neves FBCS, Brasil ISPS, Santos LCS. Análise do Erro Médico em Processos Ético-Profissionais: Implicações na Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2007; 31(3): 223-228.
5. Boyaciyán K, Camano L. O perfil dos médicos que exercem ginecologia e obstetrícia no estado de São Paulo. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2006; 52(3): 144-147.
6. Brasil. Código de Ética Médica: Resolução CFM n.º 1.931 de 17/09/2009. Ed. Conselho Federal de Medicina 2010.
7. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Caderno de Saúde Pública* 1999 jul-set; 15(3): 647-654.
8. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 2004; 9 (1): 139-146.
9. Carvalho JMM. *Erro médico: perfil profissional*. Florianópolis; 2008. Graduação – Universidade Federal de Santa Catarina.
10. Carvalho M, Vieira AA. Erro médico em pacientes hospitalizados. *Jornal de Pediatria* 2002; 78(4): 261-268.
11. CFM, Conselho Federal de Medicina. A história dos Códigos de Ética Médica. *Jornal Medicina* [online]. 2009 Vol. 6. [capturado 12 mai. 2014]; 2(2). Disponível em: URL: http://www.portalmédico.org.br/novocodigo/pdf/materia_jornal6.pdf
12. CINAEM, Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. *Avaliação do Ensino Médico no Brasil: Relatório Geral*. CIANEM 1997.
13. Coelho Filho JM. Relação médico-paciente: a essência perdida. *Interface: comunicação, saúde, educação* 2007; 11(23): 619-635.
14. Costa FD, Azevedo RCS. Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: Um olhar qualitativo. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2010; 34(2): 261-269.
15. Cook AF, Guttmanova K, Hoas H, Joyner JC. An Error by Any Other Name. *American Journal of Nursing* 2004; 104 (6): 32 – 43, 2004.
16. Coutinho LM. *Código de ética médica comentado*. São Paulo: Saraiva, 1989.
17. D'Acampora AJ, Côrrea G. Erro médico, uma abordagem. *Acta Cirúrgica Brasileira* 1996; 11(1): 42-6

18. D'Ávila RL. O comportamento ético-profissional dos médicos de Santa Catarina: uma análise dos processos disciplinares no período de 1958 a 1996. Florianópolis, SC, 1998. Dissertação [Mestrado em Neurociências e Comportamento] - Universidade Federal de Santa Catarina.
19. Ezequiel OS, Tibiriçá SHC, Oliveira SP, Segrégio CAS, Souza DMP, Silva LF. Avaliação da abordagem do humanismo na relação médico-paciente, antes das mudanças curriculares e após, no Curso de Medicina da UFJF. *Revista HU* 2008 jul-set.; 34 (3): 167-172.
20. França GV. *Direito Médico*. 6ed. São Paulo: Fundação BYK, 1995.
21. Fernandes JCL. A Quem Interessa a Relação Médico Paciente? *Caderno de Saúde Pública*. 1993 jan-mar; 9 (1): 21-27.
22. Franco ALS, Bastos ACS, Alves VS. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* 2005 jan-fev; 21(1): 246-255.
23. Gomes JCM. Erro Médico: Reflexões. *Revista Bioética* 1994; 2(2): 139-146.
24. Grisard N. Ética Médica e Bioética: a disciplina em falta na graduação médica. *Revista Bioética* 2002; 10 (1): 97-114.
25. Grosseman S, Stoll C. O Ensino-aprendizagem da Relação Médico-paciente: Estudo de Caso com Estudantes do Último Semestre do Curso de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2008; 32(3): 301-308.
26. Gullo C, Vitória G. Medicina: até os deuses erram. *Revista Isto é*. São Paulo, nº 1.347 jul, 1995.
27. Hannawa AF. Principles of medical ethics: implications for the disclosure of medical errors. *Dove Press journal: Medicolegal and Bioethics* 2012; 2: 1-11.
28. Machado MH. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. [online]. 20 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997 [capturado em 08 mar. 2014] Disponível em: URL: <http://books.scielo.org>.
29. Macri S, Goloni-Bertollo EM, Pavarino-Bertelli EC, Abbud Filho M. Avaliação e características do erro médico na região de São José do Rio Preto. *Arquivo de Ciências da Saúde* 2004 jan-mar; 11(1): 13-16.
30. Maia DB, Figueiredo Neto JA, Abreu SB, Silva DSM, Brito LMO. Perfil dos processos por erro médico em São Luís-MA. *Revista de Pesquisa em Saúde* 2011 maio-agost; 12(2): 18-22.
31. Martin LM. O Erro Médico e a Má Prática nos Códigos Brasileiros de Ética Médica. *Revista Bioética* 1994; 2(2): 182-192.
32. Montenegro EP. Prevencion de los errores terapêuticos. *Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna* 2000; 13: 37-40.
33. Nascimento Júnior PG, Guimarães TMM. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. *Revista Bioética* 2003; 11(1): 101-112.
34. Pereira MGA, Azevêdo ES. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2005; 51(3): 153-157.

35. Ramadam ZBA. O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2004; 31 (2): 108.
36. Ribeiro MCSA *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. *Revista Ciências da Saúde Coletiva*, 2006; 11(4): 1011-22.
37. Rocha BV, Gazim CC, Pasetto CV, Simões JC. Relação médico-paciente. *Revista do Medico Residente* 2011; 13(2): 114-118.
38. 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.
39. Teixeira MZ. Bases psiconeurofisiológicas do fenômeno placebo-nocebo: evidências científicas que valorizam a humanização da relação médico-paciente. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2009; 55(1): 13-18.
40. Vasconcelos C. Responsabilidade médica e judicialização na relação médico-paciente. *Revista Bioética* 2012; 20 (3): 389-396.

X. ANEXOS

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Capítulo III – Responsabilidade Profissional

É vedado ao médico:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 5º Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

Art. 7º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 10. Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.

Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado.

Art. 19. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Capítulo IV – Direitos humanos

É vedado ao médico:

Art. 29. Participar, direta ou indiretamente, da execução de pena de morte.

Art. 30. Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

Capítulo V – Relação com pacientes e familiares

É vedado ao médico:

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 40. Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.

Capítulo VII – Relação entre médicos

É vedado ao médico:

Art. 57. Deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

Capítulo VIII – Remuneração profissional

É vedado ao médico:

Art. 68. Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza.

Capítulo X – Documentos médicos

É vedado ao médico:

Art. 80. Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

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

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.