



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

Fundada em 18 de fevereiro de 1808



---

**Monografia**

**Má conduta na Relação médico-paciente**

**Tiago da Silva Alves**

Salvador (Bahia)  
Fevereiro, 2017



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

Fundada em 18 de fevereiro de 1808



## **Monografia**

# **Má conduta na Relação médico-paciente**

**Tiago da Silva Alves**

Professor orientador: **Cláudia Bacelar Batista**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2016.2, 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)  
Fevereiro, 2017

**Monografia:** Má conduta na Relação médico-paciente, de **Tiago da Silva Alves**.

Professor orientador: Cláudia Bacelar Batista

**COMISSÃO REVISORA:**

1. **Cláudia Bacelar Batista (Orientadora)**, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
2. **Camila Vasconcelos de Oliveira**, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
3. **Maria de Fátima Diz Fernandez**, Professora do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia.

**TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:** Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VIII 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 2017.

*Ando devagar  
Porque já tive pressa  
E levo esse sorriso  
Porque já chorei demais...*

*Cada um de nós compõe a sua história  
Cada ser em si  
Carrega o dom de ser capaz  
E ser feliz...*

*( Almir Sater e Renato Teixeira)*

Aos Meus Pais, Celma Rosani e Silvino.

## **EQUIPE**

- Tiago da Silva Alves, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: tiagoalves.ufba@gmail.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, exemplo de profissional, motivação e paciência diante do meu aprendizado.

Aos membros da Comissão Revisora desta Monografia, Professora Camila Vasconcelos e Professora Fátima Diz, pela disposição e generosidade em contribuir com aprimoramento do estudo.

Aos meus amigos, Mauro Tupiniquim e Vanessa Lessa, pelos momentos de apoio durante a construção do projeto.

## SUMÁRIO

<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS</b>	<b>2</b>
<b>I. RESUMO</b>	<b>3</b>
<b>II. OBJETIVOS</b>	<b>4</b>
<b>III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>5</b>
III.1. Introdução	
III.2. Relação Médico Paciente: transformações ao longo do tempo.	6
III.3. Má- Conduta: conceito.	8
III.4 . Judicialização da Relação Médico-Paciente: elo-perdido	9
<b>IV. METODOLOGIA</b>	<b>10</b>
<b>V. RESULTADOS</b>	<b>11</b>
V.1 Os Artigos infringidos	12
V.2 Gêneros condenados á censura pública.	13
V.3 Penalizações	13
<b>VI. DISCUSSÃO</b>	<b>14</b>
<b>VII. CONCLUSÕES</b>	<b>18</b>
<b>VIII. REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA</b>	<b>19</b>
<b>IX. ANEXOS</b>	<b>21</b>



## **ÍNDICE DE GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS**

### **QUADROS**

QUADRO 1. Quantidade de penalizações segundo as tipificações das alíneas.....pag. 13

### **GRÁFICOS**

GRÁFICO 1. Frequência dos artigos infringidos do Capítulo V.....pag. 11

GRÁFICO 2. Sexo dos médicos condenados à censura pública na Bahia.....pag. 13

### **TABELAS**

TABELA 1. Frequência de infrações de cada artigo do Cap. V.....p

## **I.RESUMO**

A relação médico-paciente passou por muitas transformações ao longo do tempo. Construída de maneira subjetiva para cada paciente, o médico não deve deixar de lado o conhecimento científico, tão pouco deixar de fazer uso das técnicas mais eficazes e pertinentes a cada caso. O fator mais importante na dinâmica dessa relação é o respeito à autonomia do paciente e à oferta de informações claras acerca dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Em outras palavras, esta relação deve estar baseada em decisões compartilhadas, afastando-se de uma conduta médica paternalista, respeito e cuidado ao paciente. Cada vez mais, tem se discutido o número de processos ético-profissional da medicina demanda o desenvolvimento de competências do médico para adequação do tratamento ao tipo de cada paciente. Estudos têm mostrado que a maioria dos processos éticos profissionais que correm nos Conselhos Regionais de Medicina se dá por problemas na relação médico-paciente. Trata-se de um estudo transversal, com metodologia de caráter exploratório, histórico e descritivo a respeito dos casos de censura pública médica na Bahia, compreendidos entre 2010 e 2016. Sobre a má conduta na relação médico-paciente, através da análise dos casos apenados com censura pública, julgados pelo Conselho Regional de Medicina da Bahia no período de 2010 a 2016. Para tanto será examinado quais artigos do capítulo V - Relações com pacientes e familiares - do Código de Ética Médica foram infringidos.

Palavras-chave: Relação médico-paciente; má conduta; Código de Ética Médica; Censura pública.

## **II. OBJETIVOS**

- Determinar quais artigos do Capítulo V do Código de Ética Médica foram infringidos;
- Identificar as infrações mais cometidas.

### III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na medicina, um ponto fundamental é a construção da relação médico-paciente. Em percurso pela história da medicina podem-se observar várias transformações nessa relação. A princípio a figura do médico estava ligada aos aspectos religiosos, e até por volta do século XVII essa relação era mais próxima e cuidadosa, exercida à beira do leito (20).

A partir da segunda metade do século XIX, importantes descobertas causaram uma verdadeira revolução na prática médica. O desenvolvimento de conhecimentos nos campos da patologia, das análises laboratoriais e de medicamentos mais eficazes trouxeram avanços e extraordinário progresso. Tais fatos associados ao crescente desenvolvimento tecnológico geraram mudanças na forma de atuação dos médicos (17). Houve um afastamento na relação entre médico-paciente, tendo em vista que a abordagem passa para uma ênfase nos aspectos biológicos do indivíduo, distanciando-se da interação humana que envolve características subjetivas (20).

Nos dias atuais, estudos apontam um grande número de casos de processos ético-profissional, bem como na área civil, devido ao desgaste e descrédito no vínculo médico-paciente. (21). Desse modo, a relação médico-paciente, até então quase relegada a segundo plano, recebe gradativamente uma valorização crescente, haja vista ser meio essencial e complementar aos recursos tecnológicos, pedra basilar do exercício pleno da medicina, humanizado e ético (17).

Segundo Vasconcelos (2012), o julgamento médico por acusações de infração da conduta médica pode ocorrer em duas linhas categóricas: (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. O que justifica a relevância de estudos sobre a temática. (23)

### III.2. Relação Médico Paciente: transformações ao longo do tempo.

Em sua origem, a medicina era uma ciência essencialmente humanística. Estava intrinsecamente relacionada aos aspectos religiosos. Fundamentava-se na filosofia a partir de uma visão holística que entendia o homem como ser constituído de corpo e espírito. Segundo Hipócrates “ as doenças não são consideradas isoladamente e como um problema especial, mas é no homem vítima da enfermidade, com toda a natureza que o rodeia, com todas as leis universais que a regem e com a qualidade individual dele, que o médico se fixa com segura visão”(17).

O modelo de médico hipocrático dispunha tão-somente de sua proximidade com o seu paciente, aliado a seu exame físico para conduzir o diagnóstico e a terapêutica. De onde vem o conceito “médico de cabeceira”. (17). Esse modo de relação entre o médico e seu paciente durou até século XVII (7).

Desde a origem da medicina até a primeira metade do século XX, a relação médico-paciente havia seguido um modelo paternalista. A revolução industrial, a evolução científica e tecnológica geraram profundas mudanças nessa relação. Como pretensa do positivismo: o domínio do saber e da prática técnica, racionalista (20).

Consequentemente, a objetividade do conhecimento, as ciências biológicas e exatas tornaram-se pilares da atuação médica. O paciente passa a ser visto como objeto, distanciando dos fundamentos primordiais de uma relação baseada na empatia perante o sofrimento e no respeito à dignidade humana. Sabendo-se a complexidade de tal processo, tendo em vista a subjetividade de cada pessoa em seu contexto (5,9,13 ).

Um grande marco nesse processo tecnicista da medicina advém de 1910, quando Abraham Flexner (1866-1959) divulga um relatório que gerou profundas mudanças na formação médica americana e mundial. Levando, subsequentemente, ao enfraquecimento da relação médico paciente. Pois, se fundamenta na divisão da medicina em especialidades e ao modo de trabalho

vigente, uma vez que o ensino médico mantém como paradigma a concepção do organismo humano como um conjunto de órgãos que deve ser estudado cada um por diferentes especialistas. Entretanto, é preciso ressaltar quão relevante este modelo fora ao desenvolvimento de técnicas mais eficientes, elaboração de medicamentos eficazes, diagnósticos precisos e danos menos nocivos (20)

### III.3. Má- Conduta: conceito.

Podemos reiterar a importância da distinção entre “erro médico” e “ má conduta”. Esclarecer os termos conceituais de forma sucinta: “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 ação do médico e o dano ocasionado”(3). Neste contexto, é possível 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. Assim, torna o médico responsável pelo seu ato profissional (3, 5, 6).

Por sua vez, a Má Conduta distânica-se da relação causal e da falibilidade e torna-se uma expressão da maldade humana. Surge quando a ciência médica se desvia da sua finalidade humanitária e usa a medicina para atentar contra a dignidade do ser humano. As possíveis oportunidades para a má prática na relação médico-paciente são muitas, como deixa claro o Código Ético Profissional, quando veda ao médico "aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política" (art.40/2009). Entender as distinções terminológicas é fundamental para refletir sobre os principais aspectos apontados na má conduta ética, buscar o equilíbrio da complexa relação do profissional e seu paciente tendo em vista o saber médico, biomédico. (10, 20)

### III.4 . Judicialização da Relação Médico-Paciente: elo-perdido.

A temática tem sido bastante discutida no Brasil nos últimos tempos, devido ao exacerbado número de processos ético-profissional e jurídico. A priori podem dizer sobre os aspectos positivos desse contexto. Pois, representa uma maior busca por direitos de cidadania. Segundo Vasconcelos apud Barroso, é possível verificar vários motivos para esse aumento da judicialização. Dado maior nível de informação e consciência de direitos a amplos segmentos da população, que passaram a buscar a proteção de seus interesses perante juízes e tribunais, esta situação se assemelha ao processo de questionamento da ciência, vivenciados quando da luta pelos direitos humanos (23).

Os médicos, no exercício de sua profissão, estão sujeitos a três ordens de responsabilidade: a civil, a penal e a ético-profissional. A responsabilidade civil os obriga a ressarcir os prejuízos ocasionados decorrentes da sua conduta e a penal, também chamada de criminal, os sujeita à justiça criminal pela prática de delitos tipificados como crime. Assim, o Poder Judiciário incumbe-se da apuração dos fatos relacionados às responsabilidades civil e penal, enquanto que a estrutura hierárquica dos Conselhos de Medicina (CFM - Conselho Federal de Medicina e CRMs - Conselhos Regionais de Medicina) encarrega-se das questões relacionadas à responsabilidade ético-profissional, norteada pelo Código de Ética Médica. Dessa forma, pode-se depreender que a atividade do médico está sujeita a uma ampla fiscalização e julgamento tanto pelos poderes judiciais como pelos Conselhos de Medicina. (23)

Diante desse contexto, passou-se a assistir o enaltecimento gradual da medicina defensiva no exercício da prática médica, consoante com o receio de vir o profissional a se tornar réu de um processo judicial. Fruto de natureza jurídica: Litígio na relação médico-paciente passou a ser objeto de análise da maioria dos doutrinadores que dissertam sobre a caracterização contratual ou extracontratual da relação. Consequência, de um modelo capitalista de mercado, que transforma o cuidado médico em consumo e induz ao consumo em saúde. Ambos, paciente e médico, perdem, pois desvirtuaram do fundamento de uma relação eminentemente de cuidado ao próximo (23).



## **IV. METODOLOGIA**

### 1-Desenho de Estudo

Trata-se de um 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 2016. Para tanto, realizou-se uma busca no site do Conselho Regional da Bahia, a fim de obter os dados dos processos submetidos à censura pública.

Tem como critérios de inclusão: processos julgados à luz do novo Código de Ética Médica, Resolução CFM no. 1.931/09; a penalidade aplicada ser censura pública; as condenações de médicos registrados na Bahia.

São critérios de exclusão: condenações sob a jurisprudência do Conselho que não o da Bahia, e de registro de médicos não-atuantes na Bahia.

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

## V. RESULTADOS

Foram condenados á censura pública no período de 2010 a 2016, 79 casos. Destes, 36 casos (45,5%) infringiram ao Capítulo V do Código de Ética Médica, Resolução no. 1.931/09, ângulo observacional desse estudo.

No total ocorreram 41 infrações aos artigos do CAPITULO V, CEM. Sendo maior número de casos infringindo o Art.32, 27casos (65,8%). (GRÁFICO 1).

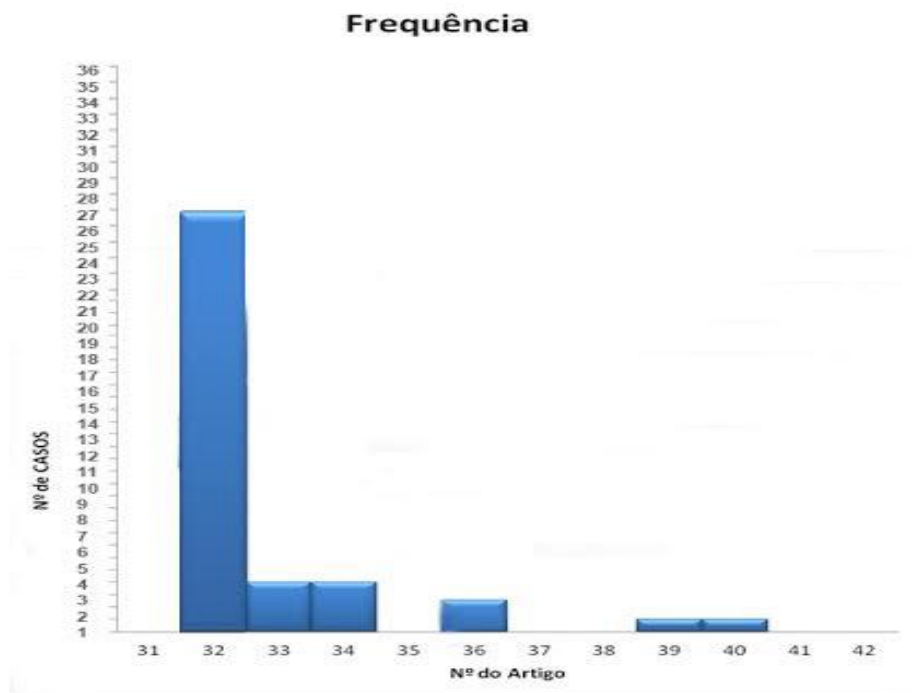


Gráfico 1.

## V.1 Os Artigos infringidos

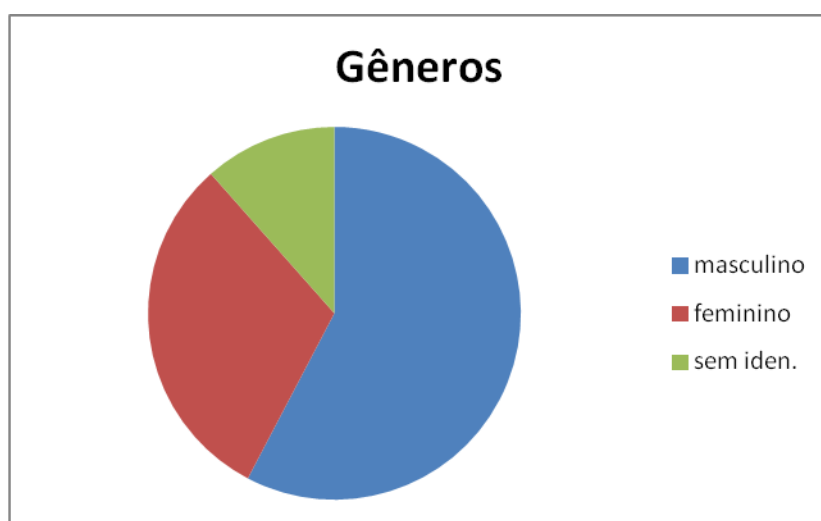
Com relação á associação dos artigos infringidos, do Capítulo V – Relação com Pacientes e Familiares -, CEM, observou-se uma concentração de infrações no Artigo 32: “É vedado: Deixar de usar todos os meios diagnósticos e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente”, 27 casos (67,5%). Abordagem dos demais artigos e frequência. (TABELA 1).

ARTIGO	Frequência de infrações Dos artigos
<b>Art. 32.</b> Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnósticos e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.	27
<b>Art.33.</b> 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.	4
<b>Art.34.</b> Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.	4
<b>Art.36.</b> Abandonar paciente sobre seus cuidados.	3
<b>Art.38.</b> Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados.	1
<b>Art.39.</b> Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.	1
<b>Art.40.</b> Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer natureza.	1

## V.2 Gêneros condenados á censura pública.

Na comparação dos gêneros (masculino x feminino), dos 36 casos censurados publicamente relacionados ao capítulo V: 23 casos (63,8%) são do gênero masculino e 10 casos (27,7%) do gênero feminino; em 03 casos (8,3%) não foi possível identificar o gênero do infrator (a). (GRÁFICO 2).

Gráfico 02



## V.3 Penalizações

O julgamento médico por acusações da conduta pode ocorrer em duas linhas júris. Na justiça comum, por infração Penal e/ou Civil. Também nos Conselhos Regional e/ou Federal de Medicina, cujas penalizações são classificadas em alíneas “a”, “b”, “c”, “d”, e “e”. Estas, respectivamente, penalizam ao médico segundo tipificações das Alíneas. Conforme, observamos as categorias em quadro abaixo (QUADRO 1).

CATEGORIAS		FREQUÊNCIA
Alínea “a”	Advertência confidencial em aviso reservado	0
Alínea “b”	Censura confidencial em aviso reservado	0
Alínea “c”	Censura pública em publicação oficial	30
Alínea “d”	Suspensão do exercício profissional até 30 dias	4
Alínea “e”	Cassação do exercício profissional, ad referendum	2

Foram 30 casos (83,3%) penalizados em Alínea “C” (censura pública em publicação oficial); 04 casos (11,1%) penalizados em Alínea “D” (suspensão do exercício profissional em até 30dias), e apenas 02 casos (5,5%) com penalização em Alínea “E” (cassação do exercício profissional, ad referendum do Conselho Federal).

## VI. DISCUSSÃO

Os Resultados levantados nessa pesquisa estão de acordo com outros poucos trabalhos feitos por Conselhos Regionais de Medicina e demais autores. A maior frequência de denúncias ao CREMEB decorrem da relação dos profissionais com seus pacientes e/ou familiares. Há predominância de infrações com profissionais do gênero masculino. Vários fatores estão envolvidos na conjuntura da má conduta. Os pontos fundamentais estão centrados na comunicação interpessoal medico-paciente e/ou familiares. E poderiam ter sido tomadas medidas preventivas deste o ensino de graduação.

Na presente casuística, a amostra de 45,5% dos denunciados agiram em desacordo com o capítulo V do CEP. Num estudo realizado por Beckman et al., o que leva os pacientes a processar médicos ou hospitais, mais de 80% dos casos se deviam a questões de comunicação. Em 35% das vezes por falha de relação com o paciente e ou familiares, 7% por depreciação do médico (2).

Para Tavares esta alta de processos decorrem outros anseios do paciente, relacionados ao comportamento esperado do profissional e à forma como conduz a consulta: atenção do médico, ou seja, que o escute e dê importância a seu relato; complacência do médico quanto à sua necessidade de se expressar; compreensão, por parte do médico, do contexto social de quem procura seu auxílio, examinando-o e prescrevendo conforme as expectativas e possibilidades. Perreira et al afirma num raro estudo sob a ótica de pacientes em Rio Branco que a relação médico paciente é um capítulo crucial para atenção a saúde. Onde para 32 (64%) pacientes, a RMP interfere diretamente na evolução do caso. Em seus casos particulares, 62% avaliaram que houve interferência da RMP na evolução de seu tratamento (18,\*).

Para Franco et al num estudo realizado em PSF em três municípios da Bahia a família não parece ter sido assimilada como unidade de trabalho. Em algumas equipes, é vista apenas como unidade de organização e objeto de atenção quando se trata de doenças infectocontagiosas. Os

familiares não são considerados como co-responsáveis pelas ações do serviço de saúde, quando se trata de fortalecer estratégias de cuidado (12).

Nesta presente casuística, 27 casos infringentes ao artigo 32 deixaram de usar todos os meios disponíveis de diagnósticos e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente. Noutro estudo, Bittencourt et al identifica negligência em 67,3% (n = 107) das denúncias, imprudência em 23,3% (n = 37) e imperícia em 8,8% (n = 14). Estes dados deixam esclarecidos que as principais falhas no exercício profissional do médico são por descaso ou passividade profissional. Ocasionalmente ocasionando revolta no paciente e/ou na sua família. Pois, já se encontram em estado vulnerável diante da doença e esperam do médico adoção de medidas técnicas, sobretudo ética e humanista (3).

Foram levantados dados sobre infração do artigo 34 (04 casos); e ao artigo 39 (01 caso), conforme a tabela 1. Tais informações se faz pensar a respeito da autonomia do paciente. O princípio para que o indivíduo seja autônomo, ou seja, capaz de realizar escolhas autônomas, é necessário que este indivíduo seja capaz de agir e que tenha liberdade para agir intencionalmente.(1)

Em relação ao gênero dos envolvidos nesse estudo observou-se que 63,8% são masculino. Assim, este resultado entra em consonância com outros trabalhos da literatura, como afirma D'Ávila: o número de médicos é 24 vezes mais denunciados que as médicas. Em outro estudo Macri et al. diz que 77% dos casos profissionais de erro médico eram por parte dos médicos. Um estudo realizado em Santa Catarina trouxe a maior disparidade entre a análise dos gêneros nos processos ético-profissional onde 96,97% dos casos foi do sexo masculino e apenas um caso (3,03%) foi do sexo feminino (11,16).

Em estudo recente na Bahia, Simões apresenta que do universo de 33 médicos censurados pelo CREMEB no delineamento da pesquisa, 27 (82%) são do sexo masculino e 6 (18%) do sexo feminino. Também aponta nessa pesquisa em 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 (22).

Segundo Carvalho o fator preponderante na menor casuística se dá pela comunicação atenciosa e na escuta. Isso influencia a melhor satisfação do paciente na consulta (7).

Vários autores trouxeram inúmeras percepções no binômio médico-paciente como características para construção de uma boa relação. Além disso, também se verificou que as médicas são menos denunciadas do que os médicos por uma série de motivos. Conforme, D'Ávila enumerou: “1) melhor interação com os pacientes, 2) dedicam maior tempo para ouvir e examinar os pacientes, 3) atendem menor número de pacientes em um período, 4) tratam pacientes portadores de moléstias menos graves, 5) possivelmente possuem mais atributos humanitários do que os médicos” (11,14,).

Dentre os fatores mais importantes na conjuntura da problemática deste quadro estão a deterioração na qualidade da relação médico-paciente e a formação deficiente dos médicos durante a graduação e pós-graduação. O reconhecimento do papel da educação médica na prevenção do erro médico deve ser discutido com urgência, principalmente devido ao número crescente de escolas médicas no País. Segundo relatório da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), as escolas médicas brasileiras, em geral, não estão formando profissionais que atendam às demandas da população. Os profissionais recém formados saem das faculdades com uma formação ética e humanística deficiente, uma concepção funcionalista do processo saúde-doença, especialização precoce e incapazes de se manter atualizados (3,8).

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. Buscando não só o aprimoramento e a atualização do ponto de vista 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. (8,22)

Reconhecer a importância e conhecer os fatores relacionados aos erros médicos é fundamental para formular medidas no sentido de evitar a má prática profissional. É inegável a importância do papel da educação médica na formação dos futuros médicos, desenvolvendo competências e habilidades técnicas, além de valores éticos e morais (22).

Para D'Avila a disciplina formal deve encorajar a realização de mesas-redondas com a presença de representantes do Ministério Público, da Magistratura, da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), de filósofos, teólogos e representantes do próprio meio médico na realização de debates profícuos e com participação de estudantes residentes e Corpo Clínico do hospital universitário - e, no caso de aplicação aos alunos do ciclo básico, com a presença dos professores das demais disciplinas (11).

Numa pesquisa realizada por Aline Camargo et al com alunos do último ano de medicina aponta que 41,4% que nunca leram o CEM, assim sugere-se que não dão importância ao tema ou talvez não tenham absorvido e compreendido adequadamente a ética abordada na graduação. A abordagem deficiente durante a graduação também pode ser responsável por não instigar o aluno a se interessar pelo tema e a compreender sua importância e essência, o que pode justificar a alta porcentagem de alunos que nunca leram o CEM (6).

Diante do contexto observado pode-se perceber que a Má conduta na relação médico, paciente e familiares é um assunto complexo. Possui semiótica e fatores subjetivos. Sucinta muitos questionamentos na relação interpessoal. Traz à tona o quanto relevante é a abordagem ética e humanística ainda durante a graduação dos profissionais. Buscando refletir sobre as causas e prevenções da problemática. Ressaltar é necessário acompanhar os avanços tecno-informacional, porém sem perder de vista a essência humanística e de cuidado da medicina.

## VII. CONCLUSÕES

Quanto aos dados dos médicos penalizados com censura pública:

1. Problemas na relação médico-paciente é a causa que mais gera denúncias aos conselhos;
2. O artigo do Capítulo V que mais infringido é o 32 do CEM, ;
3. Número escasso de estudos nessa problemática para estabelecer parâmetros e medidas no perfil sócio-demográfico dos profissionais e pacientes.

Quanto à prevenção do erro:

1. A consciência que a medicina possui dimensões subjetivas que devem estar integradas a questões éticas, humanitárias e técnicas.
2. A relação interpessoal da prática médica deve caracteriza-se por uma relação médico-paciente respeitosa e cuidadosa.
3. Muitos erros podem ser evitados se o profissional médico estiver educado para o respeito à autonomia do paciente, prestando as informações adequadas, tomando decisões compartilhadas;
4. A necessidade de uma educação médica baseada na excelência técnica, mas também ético-humanista. Oferta de educação continuada para atualização da técnica e das habilidades éticas e humanistas, de acesso fácil e permanente para todos os profissionais médicos;

## VIII. REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

1. Almeida LD, Machado MC. Atitude médica e autonomia do doente vulnerável. Revista Bioética 2010; 18(1): 165-183
2. Beckman HB et al. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. Archives of Internal Medicine 1994; 154: 1395.
3. 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.
4. Brasil. Código de Ética Médica: Resolução CFM n.º 1.931 de 17/09/2009. Ed. Conselho Federal de Medicina 2010.
5. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad. Saúde Pública 1999 jul-set; 15(3): 647-654.
6. Camargo A, Almeida MAS, Morita I. Ética e Biotica: O que os Alunos do Sexto Ano Médico Têm a Dizer. Rev. Bras. De Educação Médica 182 38 (2) : 182-189; 2014.
7. Carvalho JMM. Erro médico: perfil profissional. Florianópolis; 2008. Graduação – Universidade Federal de Santa Catarina.
8. CINAEM, Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Avaliação do Ensino Médico no Brasil: Relatório Geral. CIANEM 1997.
9. Coelho Filho JM. Relação médico-paciente: a essência perdida. Interface: comunic, saúde, educ 2007; 11(23): 619-635.
10. D' Acampora AJ, Côrrea G. Erro médico, uma abordagem. Asta Cir Bras. 1996; 11(1): 42-6 Santos MFO, Souza EHA, Fernandes MGM. Perfil dos médicos envolvidos nos processos-éticos profissionais da Paraíba 1999 a 2009. Bioética 2011; 19(3): 787-797
11. 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.

12. Fernandes JCL. A Quem Interessa a Relação Médico Paciente? Cad. Saúde Pub. 1993 jan-mar; 9 (1): 21-27.
13. 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 janfev; 21(1): 246-255.
14. Gomes JCM. Erro Médico: Reflexões. Bioética 1994; 2(2): 139-146. Martin LM. O Erro Médico e a Má Prática nos Códigos Brasileiros de Ética Médica. Bioética 1994; 2(2): 182-192.
15. Grisard N. Ética Médica e Bioética: a disciplina em falta na graduação médica. Revista Bioética 2002; 10 (1): 97-114.
16. 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.
17. Nascimento Júnior PG, Guimarães TMM. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. Bioética 2003; 11(1): 101-112.
18. Patrão Neves MC. Repensar a ética hipocrática: a evolução da ética médica e o surgimento da bioética. Cadernos de Bioética. 2001;26:5-20.
19. 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.
20. Rocha BV, Gazim CC, Pasetto CV, Simões JC. Relação médico-paciente. Rev. Med. Res 2011; 13(2): 114-118.
21. Santos MFO, Souza EHA, Fernandes MGM. Perfil dos médicos envolvidos nos processos-éticos profissionais da Paraíba 1999 a 2009. Bioética 2011; 19(3): 787-797.
22. Simões C. Erro Médico: perfil do profissional na Bahia. Salvador. Monografia [ Graduação em Medicina] - Faculdade de Medicina da Bahia; 2014.
23. Vasconcelos C. Responsabilidade Médica e judicialização na relação médico-paciente. Bioética 2012; 20 (3): 389-396.

## **IX. ANEXO**

### Capítulo V

Relação com pacientes e familiares É vedado ao médico:

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

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. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados. § 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder. § 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nessas circunstâncias, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento. Código de Ética Médica 39 Parágrafo único. O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

Art. 38. Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 39. Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

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

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Art. 42. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.