

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

Julgamento ético do médico em Sergipe, Brasil [Ethical judgement of doctors in Sergipe, Brazil]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Alves Almeida, Tomhara
Publisher	Conselho Federal de Medicina
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-06-12 01:50:12
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/163853

Julgamento ético do médico em Sergipe, Brasil

Tomhara Alves Almeida¹, Déborah Pimentel²

Resumo

Pesquisa documental (2004-2013) nos dados do Conselho Regional de Medicina do estado de Sergipe, com o objetivo de conhecer o perfil do médico infrator, identificar os principais denunciadores e suas motivações, conhecer os resultados, punições, duração dos processos e avaliar a relação do auxílio advocatício com o sucesso da causa. No período, foram instaurados 318 processos disciplinares envolvendo 337 médicos. As infrações estão relacionadas principalmente a documentos, morte e relação médico-paciente. Os pacientes são os principais denunciadores, e 29 sindicâncias evoluíram para processo ético-profissional. A punição mais comum foi a censura confidencial em aviso reservado. O auxílio advocatício estava associado ao sucesso. Compõem o perfil do médico infrator as seguintes características: sexo masculino, cerca de 50 anos, mais de 10 anos de graduado, ginecologista e obstetra. Com esse panorama, temos um perfil do médico infrator e criam-se possibilidades de adotar medidas preventivas diretas.

Palavras-chave: Erros médicos. Ética. Processo legal. Punição.

Resumen

Juicio ético del médico en Sergipe, Brasil

Se trata de una investigación documental (2004-2013) a partir de los datos del Consejo Regional de Medicina del Estado de Sergipe con el objetivo de conocer el perfil del médico infractor, identificar a los denunciadores y motivaciones clave, conocer los resultados, las puniciones, la duración del procedimiento y evaluar la relación entre la asistencia jurídica con el éxito de la causa. En este período hubo 318 procesos disciplinarios que involucraron a 337 médicos. Las infracciones están relacionadas principalmente a los documentos, la muerte y la relación médico-paciente. Estos últimos son los principales denunciadores y 29 de estas causas evolucionaron hacia Procesos de Ética Profesional. La punición más común fue la censura confidencial con aviso reservado. La ayuda jurídica aparecía asociada al éxito. El perfil del médico infractor era: sexo masculino, cerca de 50 años, más de 10 años de graduado, especialista en ginecología y obstetricia. Con este panorama, tenemos un perfil del médico infractor y se generan las posibilidades para adoptar medidas preventivas directas.

Palabras-claves: Errores médicos. Ética. Proceso legal. Castigo.

Abstract

Ethical judgement of doctors in Sergipe, Brazil

A documentary survey (2004-2013) was carried out of data from the Sergipe State Regional Medical Council, aimed at recognizing the profile of offending doctors, identifying the key complainants and their motivations, describing the results, punishments and length of legal proceedings and assessing the relationship between the provision of legal assistance and the success of the case. During the study period 318 disciplinary proceedings were initiated involving 337 doctors. The violations were mainly related to documents, death and doctor-patient relationship. Patients are the main complainants and 29 inquiries involved cases of Professional Ethics. The most common punishment was private notice of a confidential reprimand. There was a relationship between the provision of legal assistance and the success of the case. The profile of the offending doctor was: male, aged about 50 years, with more than 10 years' experience since graduating, and a specialist in gynecology and obstetrics. Knowledge of this profile of offending doctors allows the possibility of establishing direct preventive measures.

Keywords: Medical errors. Ethics. Legal process. Punishment.

Aprovação CEP-UFSE 525439

1. **Graduado** dr.tomhara@gmail.com 2. **Doutora** deborah@infonet.com.br – Universidade Federal de Sergipe, Sergipe/SE, Brasil.

Correspondência

Tomhara Alves Almeida – Rua João Fernandes da Gama, 254, Centro CEP 48400-000. Ribeira do Pombal/BA, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

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

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

O profissional médico tem muitas atribuições, e muitas vezes a vida do paciente depende de seus conhecimentos e habilidades. Diante de tamanho poder, o profissional tem de assumir inúmeras responsabilidades, entre elas o acerto do diagnóstico e o sucesso da terapêutica. Contudo, o médico nunca deixou nem deixará de ser humano, condição que tende a provocar erros⁴.

Segundo Reason⁵, alguns erros são mais visíveis aos olhos do público, dos quais o erro médico é um exemplo dos mais dramáticos, talvez um convite tentador para exposição na mídia⁶. Todavia, nem todos entendem a diferença conceitual entre atividade de meios e atividade de resultados. Como ocorre com a maioria das especialidades médicas, a obrigação de meio não assegura o resultado, haja vista a impossibilidade de se garantir a realização do fim a que se destina. Logo, haverá inadimplemento da obrigação apenas quando a atividade não for desempenhada com a diligência e o cuidado devidos. Ao revés, na obrigação de resultado, o devedor se compromete a atingir determinado fim, assegurando o efetivo cumprimento do objeto pactuado^{4,7}.

Erro médico, portanto, não significa falta de conhecimentos ou de domínio de técnicas, mas pode surgir em decorrência de outras condições. Sendo assim, o julgamento torna-se necessário^{8,9}. O julgamento ético-profissional é responsabilidade do órgão regulamentador e fiscalizador da profissão – o Conselho Regional de Medicina (CRM) – e é previsto pelo Código de Ética Médica (CEM), que protege não só os pacientes, como também os médicos, visto que, dos 128 artigos que o compõem, 10 definem direitos dos profissionais¹⁰⁻¹³. No Brasil, não há estatísticas oficiais sobre a totalidade de processos envolvendo erros médicos; ao mesmo tempo, é notável o aumento de ações judiciais contra esses profissionais⁴.

Este artigo tem como objetivo conhecer o perfil do médico infrator, identificar os principais

denunciantes e suas motivações, verificar os resultados, punições e duração dos processos, além de avaliar a relação do auxílio advocatício com o sucesso da causa.

Método

Trata-se de pesquisa documental baseada em dados secundários, realizada em processos arquivados no Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe (CRM-SE). Como critério de inclusão dos processos na pesquisa, consideraram-se todas as sindicâncias instauradas entre 1º de janeiro de 2004 e 31 de dezembro de 2013, totalizando um período de dez anos. O critério de exclusão foi a não finalização do processo até 30 de junho de 2015, data em que os dados passaram a ser sistematicamente levantados.

Para definir o perfil dos médicos denunciados inclusos na pesquisa, foram adotados três critérios: 1) o profissional mencionado na denúncia deveria possuir registro no CRM-SE; 2) ter sido citado no momento da denúncia; ou 3) ser culpado citado nas denúncias investigativas, em processos instaurados sem nenhum médico citado. Foram excluídos do perfil os médicos que tiveram seu nome apenas mencionado no decorrer do processo (sem culpa comprovada).

A análise estatística foi feita por frequência absoluta e relativa, com exceção da análise que associou o auxílio advocatício ao sucesso no processo, realizada pelo teste do qui-quadrado ($p \leq 0,05$). A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe e autorizada pelo CRM-SE, não apresentando conflito de interesse.

Resultados

Perfil dos médicos envolvidos

Para a construção do perfil desses médicos, foram definidas as variáveis idade, sexo, tempo de formados e especialização médica. A idade foi dividida em cinco intervalos etários, três deles de dez anos e dois abertos: 3,3% tinham menos de 30 anos; 24%, entre 30 e 40 anos incompletos; 29,7%, entre 40 e 50 anos incompletos; 33,5%, entre 50 e 60 anos incompletos; e 9,5%, com 60 anos ou mais. O sexo predominante foi o masculino, com 73% dos casos.

O tempo de formados também foi dividido por intervalos de tempo: 3,3% tinham menos de

cinco anos de formados; 13,4%, entre cinco e dez anos incompletos; 14,5%, entre dez e quinze anos incompletos; 17,2%, entre quinze e vinte anos incompletos; 31,5%, entre vinte e trinta anos incompletos; e 20,2%, com trinta anos ou mais.

Dos 337 médicos denunciados, 268 tinham especialização médica registrada no CRM-SE e, entre esses, as especialidades mais comuns foram ginecologia e obstetrícia (20,1%), medicina do trabalho (17,9%), ortopedia e traumatologia (9,3%) e cirurgia geral (9,0%).

Identificar denunciante e suas motivações para a denúncia

No período abarcado pelo levantamento, foram instaurados 318 processos disciplinares envolvendo 337 médicos. Nesses processos, houve grande variedade de denunciante (Gráfico 1), cabendo destacar que o maior número de denúncias veio dos próprios pacientes, com 40,3% dos casos, e que foi expressivo o aumento do número de denúncias no período considerado (25 denúncias em 2004 e 61 em 2013).

Gráfico 1. Distribuição dos denunciante – CRM-SE (2004-2013)

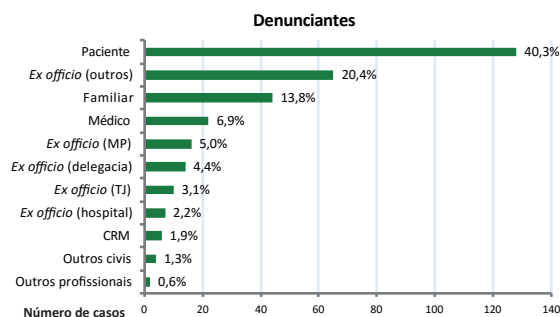
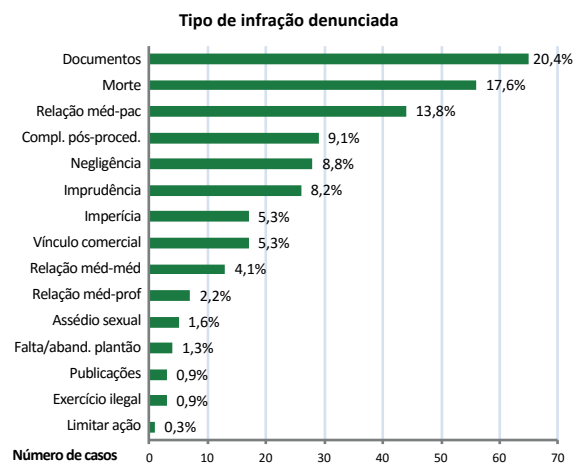


Gráfico 2. Distribuição dos tipos de infrações denunciadas – CRM-SE (2004-2013)



Quanto ao tipo de infração denunciada (Gráfico 2), os termos mais citados foram irregularidade de documentos (20,4%), morte do paciente (17,6%) e dificuldade na relação médico-paciente (13,8%).

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

Conhecer a evolução do processo administrativo: punições, tempo de duração das sindicâncias e PEP

Dos 318 processos instaurados (sindicâncias), apenas 9,1% evoluíram para processo ético-profissional (PEP). Ainda na fase anterior à abertura do PEP, 3,8% das sindicâncias já julgadas pelo CRM-SE tiveram recursos apresentados ao Conselho Federal de Medicina (CFM), dos quais 91% tiveram seus resultados mantidos e apenas 9% dos resultados foram modificados pelo CFM.

Evoluíram para PEP 9,1% dos processos instaurados, o que corresponde, em número absoluto, a 29 PEP, dos quais 48% resultaram em punição e os outros 52% foram apenados. Depois de encerrados esses 29 PEP no CRM-SE, 21% deles tiveram seus resultados questionados com recursos ao CFM, 33% com resultado mantido e 67% com resultados alterados.

Na conclusão dos 318 processos instaurados, apenas 4,4% terminaram em punição: 58,3% desses corresponderam a censura confidencial em aviso reservado; 16,7%, advertência confidencial em aviso reservado; 16,7%, censura pública em publicação oficial; e apenas 8,3% foram suspensão do exercício profissional por até trinta dias. No período estudado, não se registrou nenhuma cassação do exercício profissional.

O tempo de duração das sindicâncias (em dias), ao longo dos anos, pode ser visualizado no Gráfico 3, e o tempo médio no período estudado foi de 503 dias, que corresponde a aproximadamente um ano e quatro meses. O tempo médio de duração do PEP (Gráfico 4) foi de 1.301 dias, com variação máxima de 2.149 dias e mínima de 633 dias.

No CFM (Gráfico 4), o tempo médio de recurso de sindicância registrado no período em estudo foi de 530 dias e o de recurso dos PEP, de 424 dias. O tempo de duração total dos processos administrativos (em dias) pode ser visualizado no Gráfico 5, sendo observada média de 612 dias no período estudado.

Gráfico 3. Tempo de duração das sindicâncias do CRM-SE (2004-2013)

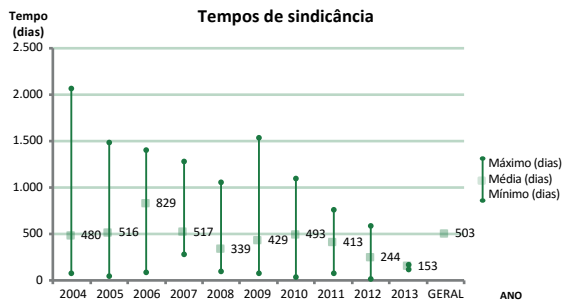


Gráfico 4. Tempo de duração dos PEP no CRM-SE e recursos encaminhados ao CFM (2004-2013)

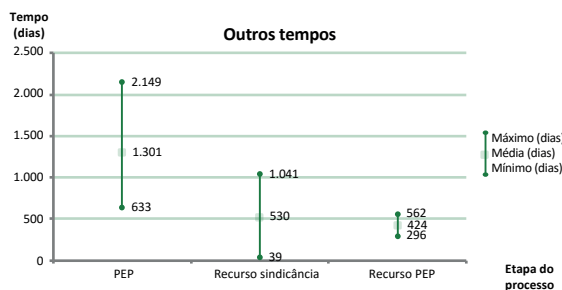
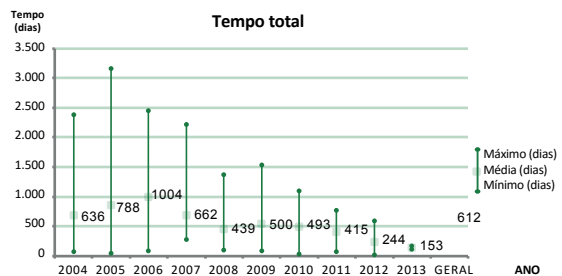


Gráfico 5. Tempo total dos processos instaurados no CRM-SE (2004-2013)



Presença de advogados

Nas sindicâncias, 25 dos médicos denunciados solicitaram ajuda de advogados e, nos PEP, 22 tinham suporte desses profissionais. A presença do advogado na fase de sindicância está associada ao sucesso ($p < 0,001$), quer o advogado represente o denunciante ($p = 0,01$), quer represente o denunciado ($p < 0,001$). Já, na fase de PEP, o advogado está associado ao sucesso apenas como representante do denunciado ($p < 0,001$).

Discussão

O grande aumento do número de sindicâncias no período de 2004 a 2013 chama atenção, com

média de 10,8% ao ano. Esse cenário pode ser reflexo da revolução no direito a informação que vem ocorrendo nos últimos anos. Hoje, a população tem mais acesso aos seus direitos, sem falar da evolução não só dos conhecimentos jurídicos e científicos, como também da visão acerca da profissão médica.

Respalhado pelo Código de Defesa do Consumidor, Novo Código Civil brasileiro, juizados especiais cíveis e criminais, entre outros, o cidadão consciente tem hoje maiores possibilidades de lutar por seus direitos. Esse avanço, contudo, não redundou no crescimento do número de PEP, que ficou praticamente constante no período considerado^{14,15}. Segundo Silva e colaboradores, *apesar do aumento das acusações, muitas não têm embasamento teórico-legal que as justifiquem, mostrando a banalização e o desrespeito à classe médica*¹⁶. Com isso, os autores demonstram que a maior facilidade de acesso à Justiça pode gerar, também, aumento do número de denúncias inconsistentes, as quais não evoluem para PEP e, por conseguinte, não resultam em punições.

De modo geral, os processos iniciam-se com denúncia apresentada pelo próprio Conselho Regional de Medicina (denúncia *ex officio*), ou por denunciante identificado, ou ainda pela Comissão de Ética Médica de algum órgão ou estabelecimento de saúde, e a partir dela se instaura a sindicância¹².

Esta pesquisa constatou que os próprios pacientes foram os que mais denunciaram seus médicos em Sergipe (40,3%), mesmo somadas todas as denúncias *ex officio* (35,1%). Santos e colaboradores¹⁷ avaliaram as denúncias feitas entre 1999 e 2009 no Conselho Regional de Medicina da Paraíba (CRM-PB) e verificaram que, diferentemente dos resultados do presente estudo, os familiares foram os que mais apresentaram denúncia naquele CRM (32,0%), seguidos pelo Ministério Público (19,7%) e pelo CRM-PB (15,1%), enquanto o próprio paciente ficou apenas em quinto lugar (8,8%). Esses resultados, por si só, já demonstram particularidades locais que devem ser consideradas na promoção de medidas preventivas. Comparando os resultados, importa destacar as poucas denúncias realizadas pelo próprio CRM-SE num período de dez anos – apenas 4 (1,9%) –, ao passo que no CRM-PB foram 22 (15,1%), o que pode indicar, por inferência, menor atuação fiscalizadora do CRM-SE.

As práticas danosas aos pacientes podem ser caracterizadas como imperícia, imprudência ou negligência. Essas configuram exatamente o que chamamos em direito de “crime culposo”, que é a premeditação, a intenção de praticar uma infração

penal. Conceitualmente, porém, algumas infrações não se limitam a apenas um desses três erros, razão por que devem ser avaliadas conforme sua especificidade¹⁸. Nesta pesquisa, as infrações denunciadas foram as mais diversas, predominando as relacionadas aos documentos médicos, morte e relação médico-paciente.

Sobre os três principais motivos de denúncia, os documentos citados foram o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) e o exame demissional, que geram conflitos quanto aos benefícios que os pacientes supõem ter direitos e aos quais foram cerceados, na percepção deles, pelos relatórios médicos. Esse resultado concernente aos documentos médico-legais, que em Sergipe desponta como principal motivo de denúncia ao CRM-SE, difere de outros estados onde esse aspecto, apesar de presente, não é significativo^{10,17,19}.

Fujita e Santos¹⁹ mostram também a mudança na escala de prioridades da sociedade como fator que vem influenciando o exercício da medicina, haja vista a busca de reparação por parte de pacientes que se sentem lesados em seus supostos direitos. Essa mudança traduz-se na tendência atual de judicialização da medicina no Brasil. Segundo Udelsmann, *a tendência à institucionalização da "indústria da indenização", cópia deformada de modelos existentes em outros países mais evoluídos. Médicos não têm formação jurídica, mas deveriam começar a olhar a questão com interesse, se pretendem continuar a exercer a profissão e sobreviver no mercado de trabalho*²⁰.

O segundo motivo maior de denúncia são as mortes, as quais, segundo suposição do denunciante, poderiam ter sido evitadas, sob a argumentação de que a culpa teria sido do médico assistente. A defesa do médico, por outro lado, sempre se baseava nos prontuários e na própria literatura médica, que geralmente aponta riscos e complicações inerentes aos procedimentos e ao curso das patologias que culminaram no óbito.

Quanto à relação médico-paciente, terceira maior causa de denúncia, sabe-se ser um processo complexo, que demanda esforços de ambas as partes e que, embora indispensável ao tratamento humanizado, é de difícil construção. Tal dificuldade deriva de vários fatores, dentre os quais se destaca a comunicação – ferramenta essencial ao estabelecimento da relação entre profissional e paciente. A falta de habilidade de comunicação é justamente o elemento desencadeador de conflitos que, num momento posterior, vão culminar nas denúncias, citadas literalmente como “dificuldade na relação médico-paciente”.

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

Após a denúncia, é instaurada sindicância, que pode evoluir para arquivamento, conciliação ou instauração de processo ético-profissional. Os PEP, por sua vez, podem resultar em arquivamento ou em punição do médico acusado¹².

Na evolução do processo administrativo, chama a atenção que apenas 9,1% das sindicâncias instauradas evoluem para PEP. Fujita e Santos¹⁹ analisaram dados do CRM de Goiás entre 2000 e 2006 e obtiveram proporção de 35% de evolução para PEP, o que pode demonstrar a pouca consistência das denúncias em Sergipe, ou até mesmo o uso indevido do CRM local como mero órgão parecerista da atuação médica, para dar consistência às denúncias na Justiça comum. As esferas de julgamento (civil, penal e ética) são autônomas, mas se interpenetram. Sabendo disso, alguns pacientes utilizam o resultado do julgamento ético para influenciar o resultado do julgamento cível, que, economicamente falando, é mais interessante para o denunciante¹⁸.

Na avaliação dos fatos denunciados, o prontuário é imprescindível, sendo a primeira documentação solicitada pelos órgãos julgadores. O prontuário consiste no conjunto de documentos padronizados e ordenados nos quais são registrados o atendimento e os cuidados prestados ao paciente, e serve tanto aos denunciadores quanto aos denunciados, figurando como a principal peça de defesa do médico. Contudo, algumas vezes a qualidade das anotações feitas deixa a desejar, tanto pela pobreza da descrição do atendimento quanto pela escrita ilegível, que compromete um juízo adequado dos fatos. Considerando que sua responsabilidade com relação ao prontuário é obrigatória e intransferível e que ele próprio produziu as anotações deficientes, o médico perde, assim, a melhor chance de se defender. Sem essa opção de defesa no CRM-SE, os médicos e seus defensores recorreram a provas testemunhais combinadas com o aporte da literatura, que passaram a figurar como os principais meios de defesa do médico²¹.

As punições estabelecidas pela Lei 3.268/57, ainda em vigor, consistem em: advertência confi-

dencial em aviso reservado, censura confidencial em aviso reservado, censura pública em publicação oficial, suspensão do exercício profissional por até 30 dias e cassação do exercício profissional. Tanto ao final da sindicância quanto na conclusão do PEP, podem ser apresentados recursos ao Conselho Federal de Medicina, caso uma das partes não aceite o resultado do julgamento no CRM¹².

Diante dos resultados dos julgamentos no CRM-SE no período estudado, houve casos em que uma das partes não se sentiu satisfeita e recorreu ao CFM, o que resultou em 18 recursos, sendo 12 de sindicância e 6 de PEP. Com relação aos recursos de sindicância, dos 12 solicitados, o CFM manteve as decisões do Regional em 11 processos, e apenas um recurso, cujo resultado inicial era arquivamento, teve seu resultado alterado por decisão do Federal, e o PEP foi então instaurado.

Dos 29 PEP julgados pelo CRM-SE, 13,8% tiveram os seus resultados alterados pelo CFM. Dentre esses 29 processos, seis tiveram seus resultados contestados e recorreram ao CFM: cinco foram recursos de médicos que haviam sido apenados no CRM-SE, dos quais três foram inocentados e os outros dois tiveram suas sanções mantidas pelo Federal. O sexto recurso foi interposto pelo denunciante, porquanto o médico havia sido inocentado pelo CRM-SE, e o CFM, em novo julgamento, mudou o resultado, penalizando o médico. Enfim, dos 18 recursos interpostos ao CFM, cinco lograram êxito, o que equivale a mudança de decisão em 27,8% das apelações, número muito alto, sugerindo possível fragilidade na condução dos processos.

Nesse período de dez anos, as punições ocorreram em somente 3,7% dos processos instaurados, nenhuma com pena máxima (cassação do exercício profissional), e apenas de suspensão por trinta dias. Bitencourt e colaboradores¹⁰ também não identificaram cassação do exercício profissional no período de 2000 a 2004 no CRM da Bahia. Esses resultados podem sugerir quão leves são as punições aplicadas pelos vários CRM do país. Destaca-se, ainda, o grande vazio existente entre a suspensão de trinta dias e a suspensão permanente do exercício profissional, o que pode demonstrar a necessidade de outras penas gradativas entre ambas, para melhor adequação da infração à pena devida. Nesse sentido, foi formulado o Projeto de Lei 437/2007, de autoria da senadora Maria do Carmo Alves, de Sergipe, no intuito de estabelecer novas e intermediárias punições disciplinares às já existentes nos conselhos de medicina²².

Quanto à duração do processo, é perceptível sua diminuição no decorrer dos anos. O tempo de

uma sindicância atingiu em 2006 a maior média registrada – 829 dias, ou dois anos e três meses –, para em seguida evoluir positivamente e com maior celeridade até 2013, quando esse tempo se reduziu a uma média de 153 dias, menos de um semestre. O tempo total do processo seguiu a tendência de queda observada na duração da sindicância, pois em 2006 a média era de 1.004 dias (dois anos e nove meses) e em 2013 atingiu-se a média de 153 dias. Outro ponto a ser destacado é o tempo médio, consideravelmente alto, para o julgamento de recurso no CFM: 530 e 424 dias para apelações de sindicância e de PEP, respectivamente.

O auxílio advocatício nas ações no CRM, quando cabe autodefesa, é controverso. Como as câmaras julgadoras dos conselhos de medicina são formadas por colegas de médicos, a linguagem e as discussões demandam grande conhecimento técnico-científico na área. Assim, se o advogado não tiver afinidade com a área, acaba por não acrescentar muito à defesa do profissional médico²⁰. Não foram encontrados estudos anteriores que comprovem associação entre auxílio advocatício e sucesso do julgamento ético de médicos. No presente estudo, entretanto, a análise estatística comprova essa relação como positiva, exceto na representação do denunciante no PEP. Esses resultados podem consolidar a importância do auxílio advocatício nos conselhos de medicina.

Em 31 de dezembro de 2013, havia 3.380 médicos ativos inscritos no CRM-SE. Considerando que 337 foram envolvidos em processos observados neste estudo, esse número representa 9,97% do total de profissionais do estado. Estatisticamente, trata-se de número bastante significativo, que carece de atenção por parte do CRM, gestores e sobretudo de coordenadores dos cursos de medicina na preparação de novos profissionais, haja vista o preocupante crescimento de denúncias a cada ano.

A faixa etária média do profissional denunciado ficou em torno dos 40 anos em praticamente todas as pesquisas. Contudo, as últimas pesquisas vêm registrando alteração dessa faixa para a dos 50 anos. Tal mudança pode refletir o envelhecimento da população médica infratora, indicando possível relação geracional, e não apenas etária. Isso pode demonstrar melhor qualificação ética dos novos profissionais formados nas últimas décadas e a maior necessidade de atualização para as gerações mais antigas^{10,17}.

O sexo predominante foi o masculino, com 73% dos casos. Entre os 14 profissionais punidos

no período, apenas três mulheres foram apenadas. Provavelmente, as mulheres atribuem mais importância a regulamentos vigentes, documentos médico-legais mais bem elaborados, prontuários mais descritivos e organizados, além de conseguirem ter boa relação médico-paciente, exercendo uma medicina mais humanitária e empática. Esses resultados seguem a tendência nacional^{10,16,19,23}.

Ao contrário do que muitos poderiam pensar, os recém-formados, supostamente pouco experientes e inseguros, não são os mais denunciados. Segundo Santos e colaboradores¹⁷, apenas 16,2% dos médicos denunciados na Paraíba entre 1999 e 2009 tinham menos de 10 anos de formados, praticamente o mesmo percentual encontrado neste estudo (17,8%).

Ginecologia e obstetrícia foi a especialidade com maior quantidade de médicos denunciados, confirmando resultados de pesquisas similares. Em Santa Catarina, as especialidades mais denunciadas foram ginecologia e obstetrícia, anestesiologia, ortopedia e medicina do trabalho²³. Na Bahia, foram ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, anestesiologia, ortopedia e clínica médica¹⁰. Em Goiás, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, medicina do trabalho, clínica médica, nessa ordem¹⁹. Na maioria dos trabalhos, o fato de ocuparem o topo da lista das especialidades denunciadas decorre dos procedimentos cirúrgicos que podem se fazer necessários, os quais demandam risco agregado maior, como morte ou complicações pós-procedimento²³.

A medicina do trabalho, especialidade caracteristicamente clínica, também desponta entre as mais denunciadas, não só em Sergipe, como nos estudos realizados em Santa Catarina e em Goiás. Não é à toa que a primeira causa de denúncia no CRM-SE esteja nas discordâncias ou irregularidades de documentos médicos produzidos por esse especialista, como o ASO e o exame demissional. O acesso maior da população aos seus direitos produz a falsa impressão de que os pacientes têm direito a tudo, e que o documento médico produzido cujo conteúdo não beneficie de alguma forma o paciente avaliado – principalmente quando se trata de benefício

financeiro –, além de gerar desconforto, pode resultar em litígio judicial.

Considerações finais

Este estudo registrou a crescente celeridade dos trâmites legais na resolução dos processos no CRM-SE com o passar dos anos, perceptível com a diminuição do tempo de julgamento no transcorrer dos dez anos pesquisados. Comprova ainda, adversamente às suposições lançadas na literatura, o que se revela como achado inédito: a associação estatística significativa entre auxílio advocatício no CRM-SE e sucesso do julgamento, com a exceção da representação do denunciante no PEP.

As limitações do presente trabalho envolvem a falta de resposta assertiva sobre a futura continuidade da elevação da faixa etária média de médicos denunciados, o que mostraria correlação maior com a geração de médicos, e não apenas com a faixa etária, e se poderiam buscar respostas para esse fenômeno. Tal suposição evidencia a necessidade de acompanhamento mais prolongado dessas sindicâncias e processos ético-profissionais.

Quanto à aplicação de punições, frise-se o grande vazio existente entre a suspensão de trinta dias e a suspensão permanente do exercício profissional, o que pode demonstrar a necessidade de outras penas gradativas entre essas, para maior adequação da infração à pena devida. Porém, ressalte-se ainda a suavidade das punições aplicadas pelo CRM-SE, sem nenhuma pena de cassação nesse período de dez anos e somente uma pena de suspensão por trinta dias registrada, a despeito da gravidade dos fatos denunciados.

Como crítica, destaca-se o número ínfimo de denúncias realizadas pelo próprio CRM-SE (*ex officio*) num período de dez anos: apenas quatro, o que pode indicar a fraca atuação do CRM-SE, principalmente como instituição fiscalizadora, haja vista todas as falhas visíveis e gritantes do sistema público de saúde, origem de boa parte das queixas apontadas pela população, pela mídia e, ainda, pelo teor das próprias denúncias.

Referências

1. O Código de Hamurabi. HistóriaBlog. [Internet]. 26 fev 2013 [acesso 4 jan 2015]. Disponível: <https://historiablog.files.wordpress.com/2013/02/cc3b3digo-de-hamurabi.pdf>
2. Chehuen Neto JAC, Sirimarco MT, Figueiredo NSV, Barbosa TN, Silveira TG. Erro médico: a perspectiva de estudantes de medicina e direito. Rev Bras Educ Med. 2011;35(1):5-12.

3. Miranda AG. A história dos códigos de ética médica. Revista CFM. maio-jun 2009;22-3. Caderno Pensar e Dizer.
4. Minossi JG. Prevenção de conflitos médico-legais no exercício da medicina. Rev Col Bras Cir. 2009;36(1):90-5.
5. Reason J. Human error. New York: Cambridge University Press; 1990.
6. Carvalho M, Vieira AA. Erro médico em pacientes hospitalizados. J Pediatr. 2002;78(4):261-8.
7. Almeida BCC. Responsabilidade civil médica e o Código de Defesa do Consumidor. Revista Internacional de Direito e Cidadania. 2011;10:41-53.
8. Infante C. Bridging the “system’s” gap between interprofessional care and patient safety: sociological insights. J Interprof Care. 2006;20(5):517-25.
9. Pimentel D. A ética das relações: percepção de médicos e enfermeiros sobre os conflitos na prática profissional [tese]. Aracaju: Universidade Federal de Sergipe; 2013.
10. Bitencourt AGV, Neves NMBC, Neves FBCS, Brasil ISPS, Santos LSC. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. Rev Bras Educ Med. 2007;31(3):223-8.
11. Boyacıyan K, Camano L. O perfil dos médicos denunciados que exercem ginecologia no estado de São Paulo. Rev Assoc Med Bras. 2006;52(3):144-7.
12. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010.
13. Nascimento NB, Travassos CMR. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. Rev Saúde Coletiva. 2010;20(2):625-51.
14. Carvalho BR, Ricco RC, Santos R, Campos MAF, Mendes ES, Mello ALS *et al*. Erro médico: implicações éticas, jurídicas e perante o Código de Defesa do Consumidor. Rev Ciênc Méd. 2006;15(6):539-46.
15. Mendel T. Liberdade de informação: um estudo de direito comparado. 2ª ed. Brasília: Unesco; 2009.
16. Silva JAC, Brito MVH, Oliveira AJB, Brito NB, Gonçalves RS, Fonseca SNS. Sindicâncias e processos ético-profissionais no Conselho Regional de Medicina do Pará: evolução processual no período de 2005 a 2007. Rev Bras Clin Med. 2010;8:20-4. p. 24.
17. Santos MFO, Souza EHA, Fernandes MGM. Perfil dos médicos envolvidos em processos ético-profissionais – Paraíba 1999 a 2009. Rev. bioét. (Impr.). 2011;9(3):787-97.
18. Nalini JR. Responsabilidade ético-disciplinar do médico: suspensão e cassação do exercício profissional [palestra]. In: Anais do XII Encontro dos CRMs das regiões Sul e Sudeste. [Internet]. Cremesp; [s.d.] [acesso 2 jan 2015]. Disponível: <http://bit.ly/22eBHAY>
19. Fujita RR, Santos IC. Denúncias por erro médico em Goiás. Rev Assoc Med Bras. 2009;55(3):283-9.
20. Udelsmann A. Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. Rev Assoc Med Bras. 2002;48(2):172-82. p. 172.
21. Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina. Manual de orientação ética e disciplinar. 5ª ed. Florianópolis: Cremesc; 2013. p. 89-97.
22. Brasil. Projeto de Lei do Senado nº 437, de 2007. Altera o art. 22 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências, para estabelecer novas penas disciplinares [minuta]. [Internet]. 2007 [acesso 10 jan 2015]. Disponível: <http://legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/10779.pdf>
23. Koeche LG, Cenci I, Bortoluzzi MC, Bonamigo EL. Prevalência de erro médico entre as especialidades médicas nos processos julgados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. Arq Catarin Med. jul-set 2013;42(4):45-53.

Participação dos autores

Tomhara Alves Almeida participou do projeto, coleta e processamento de dados, e da produção do artigo. Déborah Pimentel participou do projeto e da produção e revisão do artigo.

