

# Julgamento ético no Rio Grande do Norte entre 2000 e 2015

Armando Otávio Vilar de Araújo<sup>1</sup>, Danielle Dutra Araújo<sup>2</sup>, Alice Helena de Araújo Silva Nogueira<sup>3</sup>, Annie Karoline Feijó Costa<sup>4</sup>, Camila Procópio Andrada<sup>5</sup>, Fabiana de Sousa Filgueira<sup>6</sup>, Laís de Carvalho Pinheiro<sup>7</sup>

## Resumo

Com os crescentes processos contra médicos, seja na esfera cível, administrativa ou criminal, a judicialização da medicina tem se tornado cada vez mais comum. Portanto, é fundamental que o profissional de medicina conheça a realidade atual e se prepare para enfrentá-la. Partindo desse princípio, este estudo investigou os arquivos do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Norte a fim de levantar as denúncias recebidas, sindicâncias, processos instaurados e julgados e penas disciplinares aplicadas entre 2000 e 2015. Após análise dos dados, observou-se maior índice de médicos homens denunciados e número reduzido de penas aplicadas. A pesquisa conclui que é necessário investir na prevenção do erro mediante educação médica continuada e de qualidade, a fim de conservar boa relação entre profissional e paciente.

**Palavras-chave:** Erros médicos. Judicialização da saúde. Ética médica.

## Resumen

### Juicio ético en Rio Grande do Norte entre 2000 y 2015

Con los crecientes procesos judiciales contra médicos, ya sea en la esfera civil, administrativa o penal, la judicialización de la medicina se ha vuelto cada vez más común. Por lo tanto, es fundamental que el profesional de medicina conozca la realidad actual y esté preparado para enfrentarla. Partiendo de este principio, este estudio investigó los archivos del Conselho Regional de Medicina (Consejo Regional de Medicina) del Estado de Rio Grande do Norte con el fin de recolectar las denuncias recibidas, indagaciones, procesos instaurados y juzgados, y sanciones disciplinarias aplicadas entre 2000 y 2015. Después del análisis de datos, se observó un mayor índice de médicos varones denunciados y un número reducido de sanciones aplicadas. La investigación concluye que es necesario invertir en la prevención de errores a través de la formación médica continua y de calidad, a fin de conservar una buena relación entre profesional y paciente.

**Palabras clave:** Errores médicos. Judicialización de la salud. Ética médica.

## Abstract

### Ethical judgment in Rio Grande do Norte between 2000 and 2015

With the increasing lawsuits against physicians, whether in the civil, administrative or criminal sphere, the judicialization of medicine has become increasingly common. Therefore, it is essential that medical professionals know the current reality and are prepared to face it. Based on this principle, this study investigated the archives of the Conselho Regional de Medicina (Regional Council of Medicine) for the State of Rio Grande do Norte in order to raise complaints received, investigations, prosecutions and judgments as well as disciplinary penalties applied between 2000 and 2015. After analyzing the data, it was observed that a higher rate of male physicians were reported, and a small number of penalties applied. The research concludes that it is necessary to invest in the prevention of errors through quality and continuous medical education in order to maintain a good relationship between professionals and patients.

**Keywords:** Medical errors. Health's judicialization. Ethics, medical.

Aprovação CEP-UnP CAAE 68899617.2.0000.5296

1. **Especialista** aovaraujo@gmail.com – Universidade Potiguar (UnP) 2. **Graduanda** danielledutra59@gmail.com – UnP 3. **Graduanda** alicehelenaaraujo@gmail.com – UnP 4. **Graduanda** annie.fcosta@gmail.com – UnP 5. **Graduanda** camilapandrada@gmail.com – UnP 6. **Graduanda** fabianafilgueira1@gmail.com – UnP 7. **Graduanda** laiscpinheiro@gmail.com – UnP, Natal/RN, Brasil.

## Correspondência

Armando Otávio Vilar de Araújo – Rua Mipibu, 757, apt. 401, Petrópolis CEP 59014-480. Natal/RN, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

A medicina objetiva prevenir doenças e proteger a saúde e a vida. Quando falamos sobre saúde, devemos avaliá-la em seu contexto biopsicossocial, voltada ao ser humano, suscetível à dor e morbidades. Assim, o médico tem o papel de trabalhar nos âmbitos biológico e psíquico, junto com o social, para que se crie meio saudável. São esses os desafios da arte médica<sup>1,2</sup>.

Atitudes opostas à prática do cuidar ou curar podem levar a danos injustos. As primeiras sanções aos médicos foram regulamentadas na Mesopotâmia pelo Código de Hamurabi (1790-1770 a.C.), o primeiro documento a tratar do erro médico<sup>3</sup>. Atualmente, no Brasil, para responsabilizar o profissional por conduta inadequada há o Código Civil, o Código Penal, o Código de Ética Médica (CEM) e a legislação específica que rege os servidores públicos federais, estaduais e municipais. Portanto, o médico pode responder em concomitância nas esferas cível, penal, administrativa e ética<sup>4</sup>.

O cenário atual de mercantilização da prática médica, com intensa superespecialização, numerosas consultas em curto período e práticas abusivas dos planos de saúde, torna precária a relação médico-paciente. Esse contexto adverso pode ser também um dos fatores do erro médico. Dessa forma, a culpa, base para apurar a responsabilidade civil dos médicos, pode ser atribuída a faculdades de medicina que formam profissionais de forma inadequada, ao próprio médico, que muitas vezes não se atualiza para acompanhar a evolução dos conceitos científicos, e às condições de trabalho insatisfatórias ao pleno exercício profissional. Servem de prerrogativa a tal imputação os artigos 951 e 186 do Código Civil Brasileiro, que adotam a teoria subjetiva – é exigida ação voluntária, dano ao paciente, enexo causal – e a teoria objetiva, alicerçada no risco, devendo haver prejuízo à vítima, mas não necessariamente culpa<sup>1,4-6</sup>.

Diante disso, é necessário expor a definição de erro médico, como descrito por França: *uma forma de conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir um dano à vida ou à saúde do paciente, caracterizado como imperícia, negligência ou imprudência*<sup>7</sup>. O médico imperito é aquele que executa procedimentos sem a habilidade exigida, seja por despreparo prático ou falta de conhecimentos teóricos. Já o imprudente é precipitado na tomada de decisões e assume riscos mesmo consciente de não estar preparado, ou seja, sem ter respaldo científico. Por fim, negligência caracteriza-se pela inação diante do paciente que necessita de cuidados, ou seja, pela inércia ou ato omissivo<sup>8,9</sup>.

Errar é humano, mas, na área da saúde, falhas em procedimentos médicos não são toleradas pela população. Estudo publicado em 2016 demonstrou que o erro médico foi a terceira principal causa de morte nos Estados Unidos em 2013, enquanto os efeitos adversos preveníveis ficaram em primeiro lugar<sup>10,11</sup> – causados por hospitalização prolongada e suas possíveis sequelas, complicações pelo uso de medicamentos e infecções em ferimentos.

É essencial compreender a judicialização do erro médico, que busca dar voz a vítimas de condutas equivocadas, minimizando sua dor e sofrimento. A mídia em geral expõe casos de danos supostamente oriundos de má prática médica, estimulando a coletividade a buscar reparação e induzindo a cobrança para que se encontre um culpado e o motivo do erro como forma de exercer a cidadania. Apesar disso, diante dos extensos danos sofridos pelos pacientes, ainda é pequena a parcela de médicos efetivamente denunciados ou investigados<sup>12</sup>.

Caracterizado o erro que determina a morte ou compromete a saúde do paciente, o médico será responsabilizado civil e penalmente. Ademais, o erro médico é exposto para a sociedade nos tribunais, que analisam as consequências do ato comissivo ou omissivo do médico e o nexo causal, definindo, por fim, a sentença de reparação<sup>13</sup>.

Ao analisar a visão do médico, da mídia e da sociedade, percebe-se a importância de estabelecer as causas do erro e prevenir impactos negativos, tanto à carreira do médico quanto à sociedade, pois atualmente a população tem largo acesso a informações sobre erros médicos, que têm tomado grandes proporções e sido por vezes tratados de forma sensacionalista, levando à responsabilização e punição do suposto culpado sem o devido julgamento. Por parte do médico, há também certa dificuldade de aceitar o erro, uma vez que o profissional se sente intimidado pela difamação da mídia e teme punições institucionais, como o pagamento de indenizações. Por sua vez, a sociedade sente-se insegura, perdendo a confiança no profissional, o que enfraquece a relação médico-paciente, um dos pilares da medicina desde a Antiguidade<sup>14,15</sup>.

## Método

Trata-se de estudo documental, com abordagem quantitativa, realizado nos arquivos do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Norte (Cremern). A busca pelos dados ocorreu após aprovação do estudo pelo Comitê de

Ética em Pesquisa da Universidade Potiguar, respeitando as especificações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/2016<sup>16</sup>.

Os dados foram levantados pelo departamento de processos do Cremern, após autorização expressa do presidente da instituição. A amostra envolveu todas as denúncias recebidas, sindicâncias, processos instaurados e julgados e penas disciplinares aplicadas entre 2000 e 2015. Para a análise estatística e montagem do gráfico, foram utilizadas como variáveis todas as denúncias recebidas, sindicâncias julgadas e penalidades impostas durante esses 16 anos. Foram excluídos os dados qualitativos acerca dos médicos denunciados e suas especialidades. Os dados foram analisados com o programa SPSS versão 22.0 e, para o gerenciamento das variáveis, foram adotadas medidas de tendência central, como média, porcentagem e desvio-padrão (DP).

## Resultados

Entre 2000 e 2015, 1.219 denúncias foram recebidas, média de 76,19 por ano (DP=25,54), com o ano de 2010 apresentando o menor número de denúncias (37; 3,03%), e 2015 o maior (120; 9,84%). Das denúncias apresentadas, foram apuradas 778 sindicâncias, com média de 49,25 procedimentos por ano (DP=28,12) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Denúncias e apenações, Rio Grande do Norte (2000-2015)

Denúncias recebidas	1.219
Sindicâncias instauradas	947
Sindicâncias julgadas	788
Processos instaurados	215
Processos julgados	138
Absolvição	107
Advertência confidencial	10
Censura confidencial	18
Censura pública	5
Suspensão de 30 dias	3
Cassação	0

Foram instauradas 947 sindicâncias, que envolveram 1.225 médicos homens e 485 médicas mulheres (Tabela 2). Após o julgamento por processo ético-profissional (PEP), foram aplicadas as penalidades: 107 profissionais (6,25%) foram absolvidos, média de 6,31 (DP=3,02) por ano; 10 (0,58%) receberam advertência confidencial, média de 0,56 (DP=0,89) por ano; 18 (1,05%) censura confidencial, média de 1,13 (DP=1,02); 5 (0,29%) censuras públicas, média de 0,31

(DP=0,60); e 3 (0,17%) suspensões de 30 dias, média de 0,19 (DP=0,40). Não houve cassação nesse intervalo de tempo, como demonstrado na Tabela 1.

**Tabela 2.** Sindicâncias de acordo com o sexo dos médicos, Rio Grande do Norte (2000-2015)

Ano	Masculino	Feminino	Sindicâncias instauradas
2000	34	12	36
2001	34	10	40
2002	35	4	35
2003	36	15	48
2004	36	17	44
2005	29	14	31
2006	52	16	53
2007	47	20	55
2008	52	8	34
2009	55	26	49
2010	223	114	73
2011	135	73	82
2012	84	29	90
2013	56	24	56
2014	173	60	114
2015	144	43	107
<b>Total</b>	<b>1.225</b>	<b>485</b>	<b>947</b>

## Discussão

Há 15 anos, a expressão “judicialização da medicina” seria considerada irreal, porém hoje o termo se tornou comum. A relação médico-paciente é complexa, dados os atributos da profissão, que lida com a saúde, o corpo e a vida. Em decorrência disso, são comuns ações indenizatórias de pacientes que visam compensação financeira por danos causados por supostos erros médicos. No entanto, muitas vezes tais erros não são comprovados no decorrer do processo, constatando-se culpa concorrente, de médico e paciente, ou ainda culpa exclusiva deste último, decorrente de postura e práticas inadequadas durante ou após condutas terapêuticas e procedimentos<sup>4</sup>.

Segundo o Conselho Nacional de Justiça<sup>17</sup>, entre 2014 e 2017, foram totalizadas aproximadamente 83.728 demandas judiciais envolvendo erros médicos no país. Contribui para essa situação a democratização do acesso à Justiça, a proliferação de faculdades de medicina e direito, a consolidação dos direitos do consumidor, a disseminação de informações e o aumento da exigência do paciente em relação ao serviço médico<sup>4</sup>.

No tocante ao prejuízo financeiro causado por processos judiciais, quando não condenado,

os gastos do médico, inclusive com honorários de advogados, peritos e técnicos, variam de 100 a 200 salários-mínimos<sup>17</sup>. Ademais, os valores das condenações são bastante elevados. A maior quantia deferida pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) foi de R\$ 830.000,00, no caso de paciente submetida a cirurgia para resolução de fratura na clavícula que apresentou complicações causadas pela anestesia geral, deixando-a em estado vegetativo<sup>18</sup>.

Uma orientação para os profissionais se protegerem da expansão das demandas judiciais é contratar seguros de responsabilidade civil. Mas isso não é sugerido pela maioria das entidades médicas, que afirmam que tal prática fomentaria ainda mais os litígios judiciais. Portanto, o médico encontra-se em situação de considerável vulnerabilidade, sendo necessário conhecer a realidade atual e se preparar para enfrentá-la<sup>3,18</sup>.

Considerando o levantamento estatístico realizado em 2018 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)<sup>19</sup> a respeito da demografia médica no Brasil, a proporção de médicos homens e mulheres no Rio Grande do Norte se mantém em relação ao ano de 2015. Naquele ano, havia 3.031 médicos homens registrados no estado e 2.233 mulheres, enquanto em janeiro de 2018 eram 3.249 homens e 2.543 mulheres.

Quando se observa a Tabela 2, que demonstra como a quantidade de médicos homens denunciados envolvidos em PEP supera a de mulheres durante os 16 anos do presente estudo, é válido apontar que a distribuição está de acordo com o maior número de médicos do sexo masculino registrados no Cremern. Ou seja, há mais homens registrados e mais homens denunciados. No entanto, em termos proporcionais, o público feminino denunciado é visivelmente inferior, com o total de 81 mulheres (24,7%) e 246 homens (75,3%) envolvidos em PEP entre 2000 e 2015<sup>19</sup>.

Pelo novo Código de Processo Ético-Profissional (CPEP) (Resolução CFM 2.145/2016)<sup>20</sup>, é passível de análise o trâmite legal a que um médico é exposto ao ser denunciado. A partir do questionamento do paciente, de outro médico ou da instituição em que o profissional trabalha, uma denúncia formal é feita ao Conselho Regional de Medicina (CRM) e o procedimento preliminar da sindicância é aberto. Por meio dele, um conselheiro é designado para fazer um relatório que contenha todas as versões dos fatos ocorridos e a análise de possíveis infrações ao CEM.

Após a conclusão do relatório, a sindicância pode ser arquivada, propondo um termo de ajustamento de conduta (TAC), conciliação ou seguimento do PEP. Instaurado o processo, o julgamento

prossegue no CRM a portas fechadas e tem como possíveis desfechos a absolvição do acusado ou a aplicação de penalidades previstas no artigo 22 da Lei 3.268/1957<sup>21</sup>. De acordo com o artigo 92 do CPEP, o julgamento ocorre com a presença das partes e seus defensores, membros do CRM, integrante da assessoria jurídica do CRM e funcionários responsáveis pelo procedimento disciplinar do Tribunal de Ética<sup>20</sup>.

Ainda sobre o desfecho da sindicância, o CPEP, em seu primeiro capítulo, "Do processo em geral", trata do TAC e da conciliação<sup>20</sup>. Segundo o artigo 19, na seção IV, o TAC é o ato jurídico pelo qual a pessoa assume o compromisso de eliminar a ofensa ou o risco pela adequação de seu comportamento às exigências legais e éticas. Já a conciliação, de acordo com o artigo 18, seção III, somente será admitida em casos que não envolvam lesão corporal grave, assédio sexual ou óbito do paciente, e depende da proposta do conselheiro sindicante; além disso, é vedado qualquer acerto pecuniário<sup>20</sup>. Vale enfatizar que o TAC só é possível quando a denúncia é *ex officio*, ou seja, o denunciante é o próprio CRM. Quanto à conciliação, para tornar-se efetiva, é necessário haver um denunciante, pois a medida pressupõe que denunciante e denunciado cheguem a um acordo.

Outro ponto importante é o modo como os conselheiros decidem a pena a ser executada. Durante a sessão, o relator e o revisor do processo proferem os votos com os demais conselheiros presentes, sendo exigido mínimo de 11 votos. Após apreciação do resultado, caso seja aplicada, a pena é baseada na subjetividade da infração e na culpabilidade do denunciado. Não existem critérios definidos no CPEP para caracterizar a penalidade a cada ocorrência específica<sup>20</sup>.

Portanto, a pena é subjetiva, baseada no juízo de valor dos conselheiros. Esse viés é uma das causas de discrepância entre o número de absolvições e penalidades proferidas em julgamentos dos CRM de cada estado. Visando uniformizar as decisões dos diversos conselhos regionais, poder-se-ia pensar na criação de efeito vinculante<sup>22</sup>, que diminuiria significativamente as penas disciplinares divergentes para fatos semelhantes.

Levantamento do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) sobre processos contra médicos entre 2001 e 2011 mostra dados divergentes em relação ao número de PEP instaurados no Cremern. Em São Paulo, houve aumento de 180% do número de médicos apenados e de 300% dos PEP em andamento. No Rio Grande do Norte, observou-se queda de 25% no número de

médicos julgados culpados, e aumento de 83% de PEP abertos nos 16 anos cobertos pela pesquisa<sup>23</sup>.

Durante o período analisado, foram absolvidos 107 médicos no Cremern (77% do total de 138 PEP julgados). Apenas 36 (26%) sofreram penalidades, que variaram entre advertências confidenciais (n=10; 7,2%), censuras confidenciais (n=18; 13%), censuras públicas (n=5; 3,62%) e suspensões de 30 dias (n=3; 2,17%). Não houve cassação. Em comparação com o aumento das inscrições no Cremern, de 2.375 em 2000 para 5.264 em 2015, as penalidades aplicadas aos PEP julgados são inexpressivas.

Quanto à prevenção do erro médico, é necessário compreender seu caráter multifatorial, que engloba quesitos como educação médica de qualidade e continuada, boa relação médico-paciente, medicina baseada em evidências, provas e revalidações periódicas de títulos de especialidades e divulgação do tema ética médica em congressos, entre outros<sup>8</sup>. Tendo em vista o aumento de denúncias e sindicâncias, percebe-se a necessidade de investir na qualidade do ensino, não só na graduação, mas de forma continuada. A medicina baseada em evidências, seguindo os manuais recentes de cada área, deve ser incentivada em todos os programas de graduação e pós-graduação, mantendo o incentivo à atualização dos profissionais<sup>24</sup>.

Estudo realizado em 2007 por Bitencourt e colaboradores<sup>8</sup> concluiu que a maioria dos erros médicos decorre de negligência. Assim, tornam-se necessárias medidas para melhorar a relação médico-paciente, como tratar de modo mais amplo e enfático a ética médica nas graduações e divulgar o tema em congressos médicos, adaptando a abordagem para cada especialidade. Para isso, é preciso investir nos cursos de educação continuada, por meio dos quais os Conselhos de Medicina podem aprimorar o conhecimento dos profissionais. Tais práticas, de cunho multidisciplinar, abordariam situações, conflitos e impasses éticos mais comuns no dia a dia, estimulando visão mais humanística, sem deixar de valorizar a técnica, e aproximando o profissional do órgão que o representa.

Há alguns anos, o Cremern tem investido em curso de educação médica continuada, disponibilizando inclusive o material das aulas no site do conselho. No entanto, deve-se avaliar a eficácia dessa medida inicialmente implementada no Rio Grande do Norte, e hoje disponível para todos os CRM do país, uma vez que o número de denúncias e de PEP instaurados continua crescendo.

Como mostra a Tabela 2, entre 2000 e 2015 aumentaram as demandas decorrentes de possíveis

erros médicos. Esse acréscimo foi proporcional ao número de profissionais que entraram no mercado de trabalho, pois, embora não haja levantamento do montante de egressos das faculdades de medicina no Rio Grande do Norte no período estudado, constatou-se crescimento similar do registro de novos profissionais no Cremern.

Para evitar a inserção de falsos profissionais e normatizar o cadastro dos especialistas no país, foi instituída a obrigatoriedade do Registro de Qualificação de Especialista (RQE). Compete ao médico estar devidamente registrado no CRM, conforme o artigo 17 da Lei 3.268/1957<sup>21</sup>. Os médicos só podem exercer legalmente a profissão, em qualquer ramo ou especialidade, depois de registrar títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e da inscrição no CRM de onde vão atuar<sup>21</sup>. A Resolução CFM 1.974/2011<sup>25</sup>, que trata da publicidade médica, já explicita a obrigatoriedade de anunciar serviços de maneira sóbria, informando nome, especialidade, número de registro no CRM e RQE. Além disso, o novo CEM, que entrou em vigor em 30 de abril de 2019, em seu Capítulo XIII, artigo 117, obriga o médico a incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, nome, número no CRM, com o estado da Federação em que foi inscrito e RQE, quando anunciar a especialidade<sup>26</sup>.

As residências médicas precisam ser ampliadas e estimuladas. Muitos jovens profissionais, logo após a formatura, lançam-se no mercado de trabalho sem passar por programa de residência, submetendo-se a múltiplos empregos, principalmente plantões em prontos-socorros, com carga horária excessiva e jornadas exaustivas, o que pode levá-los a desgaste físico e emocional. A mercantilização do trabalho médico gera sobrecarga laborativa que facilita a ocorrência de erros.

O estresse a que o médico se submete, exercendo sua atividade em múltiplos empregos, e a cobrança para aumentar o número de atendimentos e diminuir a solicitação de exames, visando maior lucro do empregador, fragilizam a relação médico-paciente, aumentando erros e a consequente instauração de PEP. O paciente, no pleno exercício de sua cidadania, não mais aceita resultados adversos e questiona o motivo do insucesso no tratamento. A mídia sempre o incentiva a buscar reparação judicial ou extrajudicial, por vezes chegando a rotular como “erro médico” falhas cometidas por outros profissionais, bastando para tal apenas que o fato tenha ocorrido em ambiente de prestação de serviço de saúde.

Ao comprovar a falha do médico, cabe avaliar a estrutura laboral em que ele está inserido. Por vezes, a responsabilização se dá de forma equivocada, ignorando a exploração do profissional por

convênios de saúde, pelo Estado, por cooperativas e às vezes pelos próprios colegas. A precariedade da atenção terciária, sobretudo em cidades do interior, induz práticas recorrentes entre os municípios, como a de investir na compra de ambulâncias para transferir casos simples, passíveis de resolução em unidades básicas ou hospitais regionais, para grandes centros, o que resulta em prontos-socorros lotados e corredores ocupados por macas. Como apontam Neves e Siqueira<sup>27</sup>, nesses casos a responsabilidade ética sobre os serviços não se esgota na figura do diretor médico, mas remete a outros níveis decisórios, que vão desde o diretor da unidade, passando por secretários municipais e estaduais de saúde, até o próprio Ministério.

Segundo notícia do site BBC News Brasil<sup>28</sup>, em 2018 foram instauradas no país aproximadamente três ações de erro médico por hora, e essa crescente judicialização da saúde vem fomentando o mercado de apólices de seguro para médicos. A busca por tais seguros é desaconselhada pelo CFM<sup>29</sup>, uma vez que esse tipo de proteção, além de na verdade contribuir para aumentar as ações de responsabilização cível, não isenta o médico das penalidades previstas no CEM.

Com melhor qualificação das escolas médicas e aperfeiçoamento profissional, espera-se reduzir as demandas aos CRM. O médico precisa se qualificar e tratar o paciente como ele mesmo gostaria de ser tratado, ou seja, com uma medicina mais humanizada.

### Considerações finais

O levantamento estatístico apresentado por esta pesquisa trouxe o total de denúncias recebidas pelo Cremern e as sanções aplicadas durante o período estudado. Como limitação ao trabalho, vale citar que não foi possível realizar análise qualitativa baseada na especialidade dos médicos, já que considerável parte dos profissionais não ratificou seu RQE junto ao CFM. Essa situação deve mudar com a obrigatoriedade de ratificação a partir da homologação do novo CEM, aprovado em 2018 e em vigor desde 2019<sup>26</sup>.

O cadastro do RQE deve ser efetivamente implementado e cobrado pelos CRM, pois esse registro transmite aos pacientes a segurança de que o médico tem especialização reconhecida e comprovada pelo CFM. A norma sobre a obrigatoriedade do RQE passou a vigor em 2012, por meio da Resolução CFM 1.974/2011<sup>25</sup>. Com a atualização do CEM, concluída em 15 de agosto de 2018,

o controle do registro dos especialistas passou a ser mais bem normatizado.

Investir na prevenção do erro e, conseqüentemente, dos processos requer formação acadêmica com sólido conhecimento da *práxis* médica, além do exercício profissional com respeito a padrões éticos, associado ao diálogo amplo com o paciente acerca do ato médico proposto e realizado, respeitando sua autonomia. O reconhecimento desse direito do paciente foi consolidado pela Resolução CFM 1.805/2006, que afirma no artigo 1º: *É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal*<sup>30</sup>.

D'Avila<sup>31</sup> já recomendava aos médicos registrar em prontuário as informações sobre os procedimentos realizados, comunicar-se com linguagem acessível, manter boa relação com o paciente, exigir boas condições de trabalho e se manter atualizado.

Quanto às penalidades aplicadas no período do estudo, verificou-se grande número de absolvições: 77% de todos os processos julgados. Nos 16 anos analisados, considerando as duas penalidades mais severas, o Cremern suspendeu o exercício profissional de três médicos e não houve nenhuma cassação. De forma geral, as sanções aplicadas no Rio Grande do Norte foram mais brandas que as do Cremesp<sup>23</sup>. Cabe refletir se este comportamento discrepante é fruto de corporativismo ou de denúncias infundadas. Na segunda hipótese, um dos modos de reverter o quadro seria formular critérios para evitar sindicâncias desnecessárias.

Foram instaurados muitos processos ético-administrativos cujo resultado terminou em absolvição dos médicos denunciados e processados, o que aponta para elevado número de PEP que poderiam ser resolvidos com TAC ou conciliação. A apreciação do relatório com mais critérios resolveria o problema, aumentando a celeridade na apreciação da denúncia e reduzindo assim significativamente os processos instaurados.

Por fim, cabe observar que, no período coberto pelo estudo, mais médicos homens foram denunciados, e embora a maioria dos registrados no Cremern sejam profissionais do sexo masculino, a proporção é muito discrepante em relação às mulheres denunciadas. Sugerimos discussão mais aprofundada desse fenômeno em outros trabalhos, que busquem apontar os motivos por que os homens tendem a errar mais, elucidando também quais as especialidades médicas mais envolvidas em denúncias.

## Referências

1. Kfoury Neto M. Responsabilidade civil do médico. 7ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2010.
2. Panda SC. Medicine: science or art? Mens Sana Monogr [Internet]. 2006 [acesso 22 jul 2017];4(1):127-38. DOI: 10.4103/0973-1229.27610
3. Canal R. Erro médico e judicialização da medicina. Brasília: Saturno; 2014.
4. França GV. Direito médico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Forense; 2014.
5. Melo ND. Responsabilidade civil por erro médico: doutrina e jurisprudência. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2013.
6. Souza NTC. Responsabilidade civil no erro médico [Internet]. Florianópolis: eGov UFSC; 2002 [acesso 11 jul 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2CDd5cV>
7. França GV. Op. cit. p. 253.
8. Bitencourt AGV, Neves NMBC, Neves FBSC, Brasil ISPS, Santos LSC. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2007 [acesso 1º jul 2017];31(3):223-8. DOI: 10.1590/S0100-55022007000300004
9. Baptista Neto J. Novo código de ética médica comentado. Salvador: MuttiGraf; 2010.
10. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system [Internet]. Washington: The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; 2000 [acesso 15 jul 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2uzdklO>
11. Makary MA, Daniel M. Medical error: the third leading cause of death in the US. BMJ [Internet]. 2016 [acesso 13 jul 2017];353:i2139. DOI: 10.1136/bmj.i2139
12. Mendonça VS, Custódio EM. Nuances e desafios do erro médico no Brasil: as vítimas e seus olhares. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acesso 15 jul 2017];24(1):136-46. DOI: 10.1590/1983-80422016241115
13. Gomes TR, Delduque MC. O erro médico sob o olhar do judiciário: uma investigação no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Cad Ibero-Am Direito Sanit [Internet]. 2017 [acesso 15 jul 2017];6(1):72-85. DOI: 10.17566/ciads.v6i1.362
14. Santos MFO, Souza EHA, Fernandes MGM. Perfil dos médicos envolvidos em processos ético-profissionais: Paraíba 1999 a 2009. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2011 [acesso 15 jul 2017];19(3):787-97. Disponível: <https://bit.ly/2IHVC69>
15. Carvalho M, Vieira AA. Erro médico em pacientes hospitalizados. J Pediatr [Internet]. 2002 [acesso 3 abr 2018];78(4):261-8. DOI: 10.1590/S0021-75572002000400004
16. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, nº 98, p. 44, 24 maio 2016 [acesso 19 nov 2019]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2XuJHyC>
17. Conselho Nacional de Justiça. Justiça em números 2018: ano-base 2017 [Internet]. Brasília: CNJ; 2018 [acesso 17 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2OC74nl>
18. Faraco M. A judicialização da medicina e o aumento da demanda indenizatória contra médicos e outros profissionais da saúde. Jusbrasil [Internet]. 2014 [acesso 15 jul 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2Oqr0v1>
19. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. Demografia médica no Brasil 2018 [Internet]. São Paulo: FMUSP; 2018 [acesso 15 jul 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2KdJfRq>
20. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.145/2016, de 27 de outubro de 2016. Aprova o Código de Processo Ético-Profissional no âmbito do Conselho Federal de Medicina e Conselhos Regionais de Medicina. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 329, 27 out 2016 [acesso 15 jul 2017]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2IHWis6>
21. Brasil. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os conselhos de medicina e dá outras providências. Diário Oficial [Internet]. Rio de Janeiro, 1º out 1957 [acesso 9 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2OI0kAX>
22. Súmula vinculante. Normas Legais [Internet]. [s.d.] [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/317z30W>
23. Má prática e infrações éticas lideram o crescimento expressivo de processos. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [Internet]. Ética médica; 26 jul 2012 [acesso 17 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/21FBzUS>
24. Lester H, Tritter JQ. Medical error: a discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease error. Med Educ [Internet]. 2001 [acesso 17 jul 2018];35(9):855-61. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2001.01003.x
25. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.974, de 19 de agosto de 2011. Estabelece os critérios norteadores da propaganda em medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 241-4, 19 ago 2011 [acesso 19 maio 2019]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2q5v5sW>
26. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 1º de novembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 179, 1º nov 2018 [acesso 15 jan 2019]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2RyVAE8>


27. Neves NMBC, Siqueira JE. Conselhos de medicina: criação, trajetória e consolidação. Brasília Méd [Internet]. 2009 [acesso 15 jan 2019];46(2). Disponível: <https://bit.ly/35sWPrq>
28. Alvim M. Com 3 ações de erro médico por hora, Brasil vê crescer polêmico mercado de seguros. BBC Brasil [Internet]. 19 set 2018 [acesso 17 maio 2019]. Disponível: <https://bbc.in/2pkY9c4>
29. Seguro médico: entidades são contra. Conselho Federal de Medicina [Internet]. 15 set 2003 [acesso 17 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/33hxbnl>
30. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 169, 28 nov 2006 [acesso 4 jun 2019]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/1URTI3S>
31. D'Ávila RL. O comportamento ético-profissional dos médicos de Santa Catarina: uma análise dos processos disciplinares do período de 1958 a 1996 [dissertação] [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1998 [acesso 17 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/317x10X>

#### Participação dos autores


Todos os autores conceberam e planejaram o trabalho, sistematizaram e analisaram resultados, redigiram e revisaram o texto.

---


Armando Otávio Vilar de Araújo

 0000-0003-3557-1711


Danielle Dutra Araújo

 0000-0003-0610-513X


Alice Helena de Araújo Silva Nogueira

 0000-0001-8619-0164


Annie Karoline Feijó Costa

 0000-0001-8359-3814


Camila Procópio Andrada

 0000-0002-0484-5209

Fabiana de Sousa Filgueira

 0000-0001-8038-0338

Laís de Carvalho Pinheiro

 0000-0002-9196-8310

---

