

É possível ensinar Ética Médica em um curso formal curricular?

Roberto Luiz d'Avila

O presente artigo esboça o histórico do surgimento dos códigos que até o presente regulam a conduta ética. Desde Hipócrates, cujo Juramento fundamenta os códigos de ética da profissão médica, à sugestão de uma reformulação no Código de Ética Médica atual. Pela proposta do autor, o código deixaria de ser denominado como deontológico ou diceológico ou de ética para ser um código de princípios da profissão médica ou um código de conduta ou de comportamento moral dos médicos. Como um dos objetivos do artigo, o autor propõe a mobilização de uma discussão que levante argumentos favoráveis ou contrários a esse assunto.

Por sua vez, o ensino da ética também deveria ser reformulado, resultando no ensino de conceitos básicos de Filosofia, Antropologia e Sociologia aos futuros médicos, aproveitando suas próprias experiências clínicas e a disciplina formal para encorajar/ilustrar mesas-redondas, julgamentos simulados ou reais e debates com a presença de agentes de outras profissões.



Roberto Luiz d'Avila

Médico cardiologista; diretor de Educação Cooperativista da Unimed- Florianópolis; conselheiro e ex-presidente do Cremesc; conselheiro e diretor-corregedor do CFM; professor adjunto da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); mestre em Neurociências e Comportamento e membro do Conselho Editorial da revista *Bioética*

Unitermos: Código de Ética Médica e código de conduta, deontologia, ensino de Ética Médica

INTRODUÇÃO

Na Antigüidade remota, a prática do que hoje chamamos Medicina estava baseada em superstições, mitos e lendas. Além da crença em feitiços, magias e ação das divindades para curar os doentes. No mundo greco-romano, acreditava-se que Asclépio (como o chamavam os gregos; ou Esculápio, para os latinos) curava os enfermos durante o sono, por intermédio de seus sonhos. Tal teoria terapêutica foi aplicada durante séculos no templo de Esculápio, em Epidaurou. Naquela época, não se analisava o insucesso dos médicos, levando-se em consideração apenas os bons resultados - ressaltando-se que as curas mais impressionantes eram inscritas nas colunatas do templo.

No mundo antigo, embora não houvesse uma ética médica propriamente dita, já existiam códigos que regulavam a conduta dos médicos.

As doenças eram vistas como possessões demoníacas ou desejos dos deuses, havendo íntima ligação da Medicina com a religiosidade, praticada como emanada dos deuses e administrada por homens veneráveis e unguídos pela fortuna da descendência (1). A história mostra que, desde sua laicização, a profissão médica foi acompanhada por grande preocupação com a conduta ética dos seus praticantes e cultivadores. Foi quando surgiu o que hoje se denomina Ética Médica. Muito antes do Juramento de Hipócrates, diversas sociedades já haviam codificado a conduta moral dos médicos e muitos, como o de Hamurabi, datado de vinte e três séculos antes de Cristo, eram bastante rigorosos para com os infratores.

Hamurabi, imperador babilônico, fez inscrever diversas normas legais a serem aplicadas aos médicos em seu famoso código, com a justa previsão de penas para médicos incompetentes ou desastrados (2, 3). Por exemplo, o artigo 218 do Código de Hamurabi (século XXIII a.C.) preconizava: "Se um médico trata de alguém com uma grave ferida com a lanceta de bronze e o mata ou lhe abre uma incisão com a lanceta de bronze e o olho fica perdido, se lhe deverão cortar as mãos" (4). O livro de Hermes-Toth, no antigo Egito, condenava à morte os médicos que desrespeitassem as normas ali contidas. Na Índia antiga, o Código de Manú estabelecia castigos aos médicos faltosos.

Vê-se que a preocupação de disciplinar a conduta dos médicos não é recente. Pois tanto entre os egípcios, gregos e romanos como também na Idade Média castigava-se os médicos faltosos. Refletindo o espírito da época e da sociedade escravagista em que foram elaborados, os códigos antigos diferenciavam os erros cometidos em pessoas livres e em escravos.

Não obstante, tal preocupação ética não era apenas exógena. Existia também no interior da corporação médica. Hipócrates, personagem meio lendário que sintetizava a teoria médica da Grécia no século de Péricles, cujo Juramento (feito por todos os médicos ao concluírem o curso de graduação) fundamenta os códigos de ética da profissão médica até os dias atuais, simboliza a emancipação da Medicina frente à religião, inserindo-a no reino das ciências naturais e recordando aos médicos que seu trabalho consiste em fazer o bem em níveis vigilantes de responsabilidade, sacrifício e generosidade. Para os hipocráticos, a vida deve ser considerada como um bem natural e a felicidade humana, o bem supremo e essencial, acima de qualquer outro. A conservação da saúde e sua recuperação eram consideradas como deveres individuais. Conservar a saúde e prolongar a vida decorosa, sem recorrer a procedimentos inúteis, era uma de suas diretrizes éticas.

O velho mestre da escola médica da ilha grega de Cós deixou aos pósteros o primeiro mandamento da Ética Médica: "*primum, non nocere*" (primeiro, não prejudicar ou não fazer mal), que muito mais tarde foi denominado princípio ético da não-maleficência,

lembrando aos médicos o dever de considerar o bem-estar do paciente acima do seu próprio bem-estar, o que se configura em obrigação fiduciária entre o médico e o paciente, evitando usar qualquer prática que resulte em dor e sofrimento ao mesmo (5).

Para os hipocráticos de todos os tempos, a ação do médico deve ser realizada primariamente em benefício do paciente, deixando o interesse da sociedade em plano secundário e o seu próprio benefício em terceiro lugar. Tal postura evita caracterizar como ação primariamente comercial o que deve ser uma relação de ajuda e confiança. Posteriormente, isso foi denominado princípio da obrigação fiduciária e, bem mais tarde, princípio da lealdade prioritária ao paciente, que se constitui em um dos componentes mais essenciais da Ética Médica.

Não foram esses os únicos princípios éticos instituídos por Hipócrates (ou pelos hipocráticos) na Medicina. A eles somaram-se, pelo menos, os seguintes: o dever do segredo médico, a moderação nos honorários, o respeito aos colegas e mestres, a amizade aos pacientes, o amor à arte médica e as proibições do aborto e da eutanásia - normas de ação que resguardam o médico e protegem o paciente.

Juntamente com a adoção do conceito de *physis*, a elaboração de sua eticidade leiga ajudou a retirar o caráter mágico da Medicina e possibilitou que ela fosse praticada como atividade racional. Atribui-se a Hipócrates a codificação da deontologia médica através de seu Juramento, dignificando a profissão pelo exer-

cício do amor e da generosidade. Mas é muito provável que sua figura tenha sido apenas um símbolo que encarnava antigos valores que reportavam aos mestres pitagóricos.

I. O Código de Ética Médica

As profissões são ocupações socialmente promovidas e legalmente instituídas, reconhecidas como de valor social, cujos praticantes devem estar sujeitos à formação controlada pelo Estado e dos quais se exige que atuem submetidos a algum controle moral. Geralmente, esse controle se consubstancia em um código de ética profissional e um mecanismo social de fiscalização.

Na Antiguidade, quando foram lançados os seus alicerces morais e cognitivos, as profissões eram denominadas artes (em latim, *ars* e em grego, *tecnê*). Depois da queda do Império Romano e ao longo da Idade Média, ocorreu significativo retrocesso. Ao longo de quase mil anos, até o Renascimento, toda manifestação sociocultural esteve submetida ao totalitarismo reinante, representado pela moral cristã e do islã. O Renascimento fez mudar este panorama e as *ars* ressurgiram como profissões. A Medicina, a Pedagogia e o Direito foram, talvez, as primeiras profissões instituídas. No final da Idade Média, voltou-se a exigir de seus praticantes obediência estrita a um código de conduta que fosse satisfatório para os seus contemporâneos e assegurasse proteção à sociedade. O novo modelo, que persiste até os dias atuais, foi o das corporações medievais. A adesão aos valo-

res, normas e regras de conduta contidos nesses códigos se transformaram na diretriz ética mais valiosa para os agentes profissionais.

Desde então, o código de ética profissional configura-se como uma exigência de todas as profissões e, mesmo fora da área médica, todas sofreram influência mais ou menos significativa das normas hipocráticas, principalmente de seu Juramento, formulado pelos neófitos e exigido por todos. O Código de Ética Médica (CEM) vigente no Brasil contém um conjunto de normas proibitivas com extensas vedações aos médicos em sua prática clínica diária.

Todo código de ética deve conter normas e regras de conduta que se refiram a direitos (diceológicas) e a deveres (deontológicas). O ambiente moral de cada sociedade fornece o caldo de cultura que faz crescer as normas de cada código e define a relação que possa existir entre o que é dever e o que é direito dos profissionais, dos seus clientes e da sociedade.

Por isso, todo código de conduta profissional deve conter dispositivos que digam respeito ao que é prescrito aos seus agentes, indicando o que eles são obrigados a fazer; e o que lhes é proscrito, as vedações que devem respeitar. Parece possível acreditar que um código caracterizado por vedações ou proscricões parta do princípio geral de que os médicos tendam a praticar o que lhes é proibido. Por isso, a maioria dos capítulos do CEM inicia com a expressão: "É vedado ao médico...". Além disso, parece por demais desagradável para este autor aceitar que uma profissão milenar, como a

Medicina, tenha que impor aos seus praticantes tantas regras a serem seguidas, sob pena de sofrer, em caso de desobediência, desde uma advertência confidencial até a cassação do registro profissional. O médico, com boa formação de caráter, deve obedecer ao código de ética não por medo do castigo, mas por isso ser o certo e o melhor a ser feito.

O autor deste texto pensa que o CEM deva sofrer várias modificações em futuro mais ou menos próximo. A começar pela mudança do nome: não mais um código deontológico (de deveres) ou diceológico (de direitos) ou de ética, mas um código de princípios da profissão médica ou, até mesmo, um código de conduta ou de comportamento moral dos médicos. E este é o principal moto deste artigo, mobilizar uma discussão que levante os argumentos favoráveis ou contrários a esse escopo. E, entre os que forem favoráveis, quais as sugestões de fundo e de forma que poderiam fornecer para a efetivação dessa discussão.

Entende o autor que o futuro Código de Conduta Moral dos médicos, por refletir a moralidade reinante no seu tempo e na sua sociedade, deva ser reformulado através de uma discussão iniciada em cada hospital, em cada município e em cada estado, culminando com uma grande Conferência Nacional de Ética Médica - tal qual a realizada em 1987, que originou o código de ética atual. Mais ainda, parece necessária a discussão sobre a manutenção do tradicional sistema de proibições (com mais artigos acrescidos) ou se será

um código curto, contendo somente os princípios básicos da profissão médica.

A noção de direito é estritamente correlacionada com a de dever. Em uma interação social, os deveres de um componente correspondem aos deveres de seu interagente. No caso da relação médico-paciente isso também sucede. No código de ética, o que é vedado ao médico corresponde ao que é direito do paciente e, analogamente, o dever do médico, direito do paciente. Respeitar os direitos dos pacientes é hoje, para o médico, fundamental não só para evitar uma demanda judicial mas para situar sua responsabilidade na sociedade contemporânea.

A natureza civil da relação médico-paciente é contratual, reconhecida juridicamente, ainda que não formalizada. Essa relação gera direitos e deveres de ambas as partes, podendo a qualquer momento ser rompida, exceto em condições especiais como na urgência/emergência ou quando o médico for o único na localidade.

É preciso que fique cristalino: a obrigação do médico é sempre de meios e nunca de resultados, sendo a ele vedado anunciar ou prometer cura. O máximo que um médico pode prometer é o seu esforço por colocar toda a sua capacidade profissional e todos os meios ao seu alcance a todos os pacientes, buscando a cura, quando possível.

II. A ética na prática médica

A aquisição e o desenvolvimento da consciên-

cia de ser humano, de cidadão, de consumidor de serviços e de paciente constitui um dos componentes mais significativos da prática da Medicina na sociedade atual. O acesso à justiça se faz mais fácil. A isso se soma o modelo cultural norte-americano, tradicionalmente querelante e que é difundido por todos os recursos ideológicos e culturais disponíveis nas culturas periféricas. A população médica aumentou muito e a urbanização tornou as relações interpessoais menos importantes que as interações de papéis. Vários autores (6, 7, 8) relatam que o aumento do número de médicos contribui para a formação deficiente e para o excesso de oferta de mão-de-obra médica, o que justificaria maior aviltamento da profissão e aumento na demanda de denúncias e processos ético-profissionais. Além disso, com a abertura de novas escolas, professores foram recrutados sem a mínima formação ético-humanista, bastando apenas que tivessem mestrado ou doutorado em qualquer área. Se o exemplo é o melhor mestre, muitos professores são o antiexemplo do médico ideal.

A descrença das pessoas no desempenho pessoal do profissional - confiando mais nos testes e exames laboratoriais do que nos procedimentos clínicos - e o afastamento dos médicos dos propósitos humanitários da Medicina, permitindo que a tecnologia interfira no relacionamento médico-paciente, tornando-o cada vez mais despersonalizado, constituem deméritos para os médicos. De tal modo que os ganhos em tecnologia tendem a contabilizar perdas em contato humano e interpessoal! Poucos

médicos têm, hoje em dia, tempo para ouvir seus pacientes, perscrutar seus sentimentos, perquirir suas dores, entender suas alegrias e sofrimentos, auscultar seus corações simbólicos e palpar seus corpos.

Ao negligenciar as artes de ouvir e examinar os pacientes e a interação interpessoal da conduta hipocrática, alguns facultativos deixaram de ser médicos, no sentido original da expressão, e transformaram-se em técnicos em Medicina. Ao diminuir a credibilidade dos médicos, aumenta-se o número de denúncias contra eles. Assim, nos dias atuais, mais médicos comparecem aos tribunais e notícias negativas de jornais questionam condutas médicas em manchetes que atingem não só os denunciados; são sempre mais ou menos desfavoráveis para todos os seus colegas.

Os médicos são cada vez mais questionados quanto à correção dos seus atos e atitudes no que respeita aos limites entre a competência legal de suas atribuições e os direitos dos pacientes. Para exemplificar, tenha-se presente que, no Brasil, os praticantes da obstetrícia são os médicos mais demandados, talvez porque a população considere o parto como um evento fisiológico, que não implica maiores complicações (9). Paralelamente, a Psiquiatria foi a especialidade com o menor número de denúncias (10). Os psiquiatras estão entre os médicos menos denunciados - entre os anos de 1981 a 1985, nos EUA, somente 10% dos mesmos foram denunciados, em comparação

com 48% de obstetras (11).

III. Por que as médicas são menos denunciadas que os médicos?

Em todos os países em que este fato foi estudado os números têm mostrado que as mulheres transgridem menos as normas sociais que os homens; e muitas delas, quando o fazem, muito freqüentemente fazem-no por amor ou por amar, pois são envolvidas nas condutas socialmente transgressoras pelos seus companheiros ou maridos.

Na Medicina não é diferente, pois as médicas são menos denunciadas e quando condenadas recebem penas mais brandas que os médicos. Mesmo fazendo-se o ajuste proporcional entre médicos e médicas, a comprovação existe. Esta é a experiência dos Conselhos Regionais de Medicina, onde já foi evidenciado que as médicas foram menos denunciadas, menos condenadas e, quando condenadas, receberam penas menos severas consideradas leves. Em Santa Catarina, até 1996, apenas duas médicas foram condenadas e ambas com seus maridos, também médicos, que receberam penas mais severas (12).

Em outro trabalho, foi possível constatar que na população estudada os médicos foram três vezes mais denunciados do que as médicas. Além disso, ali também se verificou que as médicas são menos denunciadas do que os médicos por uma série de motivos: 1) têm melhor interação com os pacientes, 2) dedi-

cam 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 (13).

Parece que as médicas interagem melhor com os seus pacientes e, por isso, ao estabelecerem uma melhor relação médico-paciente correm menos risco de serem denunciadas. Pois seus pacientes sentem-se bem cuidados e, assim, são tendentes a desculpar possíveis erros porventura cometidos.

IV. Porque ensinar Ética Médica

Este autor julga que o imperativo ético mais urgente na época atual e para a Medicina é o resgate da dignidade do médico, através do resgate de sua credibilidade pública (14).

Na verdade, para isso algumas premissas básicas devem ser atendidas: 1) pacientes que sofreram danos, por comprovado erro profissional do médico, devem ser indenizados, 2) médicos competentes e capazes não podem ser desencorajados a exercer a Medicina, 3) médicos competentes e conscientes devem se orgulhar de exercer sua profissão, 4) médicos incompetentes e relapsos devem ser identificados e impedidos de exercer a profissão, ou ainda, serem suspensos e reabilitados através de treinamento para a boa prática médica (15).

Moraes, ao fazer um levantamento, na Justiça brasileira, de 125 processos julgados, revela que

em 12 casos (9,6%) havia mais de uma acusação; a negligência aparecia em primeiro lugar com 79 casos (63,2%), a imperícia com 39 (31,2%) e a imprudência com 19 (15,2%) (16).

O desenvolvimento tecnológico da Medicina nos últimos cinquenta anos tornou-a mais perigosa, pois o homem comum não entende por que a doença não possa ser vencida sempre. O Poder Judiciário tem dificuldade em julgar casos de erro médico e o juiz fica aprisionado na extrema complexidade do ato médico contemporâneo, no qual bom número de danos não pode ser vinculado com certeza a uma causa precisa. O ato médico, essencialmente individual em sua origem, torna-se cada vez mais um ato social. O médico passa a ser, juntamente com o paciente, vítima da própria evolução da Medicina (17).

A responsabilidade médica baseia-se em seis pontos principais: 1) a Medicina é uma atividade de meios e não de fins, 2) as ciências médicas não são ciências de exatidões, de estatísticas e de generalizações, 3) a Medicina é uma profissão moral e é este o campo principal a ser considerado quando algum médico se desvia de seu caminho, 4) o objeto da Medicina é um sujeito, uma pessoa, 5) os médicos precisam atualizar seus diálogos, 6) a atividade médica precisa ser repensada, redefinida e reestruturada.

V. Como ensinar Ética Médica

O grande questionamento na pedagogia médica atual parece consistir em verificar a possibi-

lidade de ensinar Ética Médica em um curso formal e regular, tratando esse ensino como uma disciplina comum, baseado em aulas teóricas e em seminários. Como é possível ensinar habilidades, hábitos e, sobretudo, atitudes através de aulas teóricas com diapositivos e transparências se o mais importante é o exemplo do médico humanitário, bondoso, solidário, cidadão? - o instrumento ideal para mostrar aos futuros médicos a necessidade altruística de amar as pessoas. Não é possível ser médico sem cultivar solidariedade, sem experimentar amor por cada ser humano. Em especial, por aqueles que sofrem e, dentre esses, os que se confiam ou são confiados aos seus cuidados.

O autor acredita que só o exemplo dos mestres, ensinando com suas condutas e atitudes éticas ao se relacionarem com os pacientes, ao os examinarem diante dos alunos e, o que pode ser o mais importante, ao se referirem aos pacientes é o que será introjetado na consciência do educando sob a forma de noção do bem a ser feito e do mal a ser evitado.

Devem ser ensinados conceitos básicos de Filosofia, Antropologia e Sociologia aos futuros médicos, aproveitando suas próprias experiências clínicas.

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.

O mais importante é sua participação no processo de avaliar eticamente suas próprias condutas e as condutas profissionais de seus colegas e professores.

Os princípios utilizados pela Bioética principalista, tais como autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência, que em verdade já eram utilizados pela Medicina hipocrática, seriam aproveitados como o esteio das discussões, abordando temas como confidencialidade, o direito à verdade, sigilo profissional, eutanásia e aborto, dentre outros.

Programas educacionais voltados para a adequada prática médica têm aumentado o foco de interesse no desenvolvimento de habilidades para uma melhor relação médico-paciente. Desde 1979, o American Board of Internal Medicine (ABIM) incluiu qualidades humanísticas como uma essencial aptidão para o médico residente receber seu certificado. Segundo a ABIM, as qualidades desejáveis em um médico seriam: integridade, respeito à vida e compaixão diante do sofrimento alheio (18).

Dissertação de mestrado, realizada no estado de Santa Catarina, estudando um período de 40 anos de atuação do Cremesc (Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina), revelou o perfil do médico infrator: em geral, é jovem, do sexo masculino; tem em

torno de 15 anos de prática médica; é majoritariamente ginecologista/obstetra ou anestesio-
logista e encontra-se em plena atividade profissio-
nal. O conhecimento dessas informações
possibilita que os responsáveis pelo ensino de
graduação e por programas de educação conti-
nuada promovam as necessárias reformulações
em sua atividade, de modo a assegurar o aprimo-
ramento da formação ético-humanística
dos acadêmicos de Medicina (12) e o aperfei-
çoamento de profissionais formados que se
submetem a programas de atualização ou aper-
feiçoamento.

Quando os médicos se dispõem a melhorar a
comunicação, o cuidado e o conforto dos
pacientes, o risco de serem denunciados
diminui. Além disso, os dados indicam que, para
um médico, trabalhar em departamentos de
emergências, ter idade em torno de 45 a 54
anos, ter extensa carga de trabalho e estar envol-
vido com maior número de pacientes são fatores
indicativos do aumento de risco de ser denun-
ciado (19).

VI. Conclusão

O responsável por qualquer escola de Medicina

que pretenda proporcionar melhor formação
ético-humanística aos futuros médicos sob sua
responsabilidade deve atentar que o programa
educacional promova a necessária interação com
todas as disciplinas, do primeiro ao sexto ano,
incluindo as atividades práticas. Os professores
devem receber formação e treinamento específi-
co. Deve-se evitar a realização de aulas teóricas.
O ensino conceitual e a elaboração dos juízos de
valor devem se originar da atividade dos discentes
e do exemplo dos docentes. Podem ser utilizadas
situações acontecidas e casos clínicos reais (ou
fictícios, mas credíveis), visitas médicas à beira do
leito dos enfermos ou mesas-redondas. Deve-se
discutir, preferencialmente, condutas concretas e
reais, utilizando-se o debate com a participação
de outros profissionais com diferentes formações
(sobretudo, da área das Ciências Humanas).

Empatia, respeito à dignidade do ser humano
(suas crenças e valores), conhecimento dos prin-
cípios que regem a prática da Medicina e
sua histórica consciência de cidadania e, mais
que tudo, amor ao ser humano, ao lado do
conhecimento técnico, são os requisitos míni-
mos para a concessão de um diploma de médico.

RESUMEN

Es posible enseñar ética médica en un curso formal curricular?

El presente artículo esboza la historia del surgimiento de los códigos que hasta el presente regulan la conducta ética. Desde Hipócrates, cuyo Juramento fundamenta los códigos de ética de la profesión médica, a la sugestión de una reformulación del Código de Ética Médica actual. Por la propuesta del autor, el código dejaría de ser denominado como deontológico o diceológico o de ética para ser un código de principios de la profesión médica o un código de conducta o de comportamiento moral de los médicos. Como uno de los objetivos del artículo, el autor propone la movilización de una discusión que levante argumentos favorables o contrarios a este asunto. A su vez, la enseñanza de la ética también debería ser reformulada, resultando la enseñanza de conceptos básicos de Filosofía, Antropología y Sociología a los futuros médicos, aprovechando sus propias experiencias clínicas y la disciplina formal para alentar e ilustrar mesas redondas, juicios simulados o reales y debates con la presencia de agentes de otras profesiones.

Uniterms: Código de ética médica y código de conducta, deontología, enseñanza de ética médica.

ABSTRACT

Is it possible to include medical ethics as a formal syllabus subject?

This paper traces the origin of the codes of ethics used in Medicine, from the Oath of Hippocrates, which provides the foundation of present-day medical practice, to suggestions of a renewed Code of Ethics for the medical profession. By the author's proposal, such code should no longer be referred to as deontological, diseological, or as a code of ethics and, instead, be seen as a collection of principles of the medical profession or a code of conduct and moral behavior to be adopted by medical doctors. The paper advocates the need for a debate about the pros and cons on the issue. In turn, the teaching of ethics should also be reformulated so as to give medical students basic notions of Philosophy, Anthropology, and Sociology. The idea is to use their own clinical experiences and the subject's theoretical content to foster roundtables, the exercise of simulated or actual judgment, and debates with professionals from other walks of life.

Uniterms: Code of Medical Ethics and code of conduct, deontology, teaching of Medical Ethics.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Porto JA. O erro médico. *Boletim da Academia Nacional de Medicina* 1990/1991;151(1/5):43-50.
2. Grisard N, coordenador. *Manual de orientação ética e disciplinar*. Florianópolis: CREMESC, 1995: 174 p.
3. Moraes NC. Erro médico: aspectos jurídicos. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular* 1996;11(2):55-9.
4. França R. Erro médico. *HFA Publ Tec Cient* 1987;2(4):273-5.
5. La Vara HEM. El médico ante el delito. *Revista Mexicana de Anestesiología* 1995;18(1):1-2.
6. D'Acampora AJ, Corrêa G. Erro médico: uma abordagem. *Acta Cirúrgica Brasileira* 1996; 11(1): 42-6.
7. Assad JE. Relação médico-paciente no final do século XX. In: *Desafios éticos*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1993: 104-11.
8. Montoya D, Rosmanich A, López J. Aspectos clínicos y evaluación médico-legal en demandas por responsabilidad médica en obstetricia y ginecología. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 1993;55(6):403-12.
9. Machado MH, coordenador. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
10. Charles SC. The doctor-patient relationship and medical malpractice litigation. *Bull Menninger Clinic* 1993;57(2):195-207.
11. Taragin MI, Wilczek AP, Karns ME, Trout R, Carson JL. Physician demographics and the risk of medical malpractice. *American J Med* 1992;93:537-42.
12. D'Avila RL. *O comportamento ético-profissional dos médicos em Santa Catarina: análise dos processos disciplinares no período de 1958 a 1996 [dissertação]*. Florianópolis: UFSC, 1998.
13. Strenger I. Erro médico e responsabilidade. *Revista Paulista de Hospitais* 1983;31(5/6):132-4.
14. Rosselot E. Substratos éticos tras la percepción social del desempeño médico. *Revista Medica de Chile* 1995;124(1):109-16.
15. McQuade JS. The medical malpractice crisis: reflections on the alleged causes and proposed cures: discussion paper. *J Royal Society of Med* 1991;84:408-11.
16. Moraes IN. *Erro médico e a lei*. 3ª ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1995:290-295.
17. Cervantes J. Iatrogenic injuries in surgery. *Acta Chirurgica Belgica* 1996;96(6):242-4.
18. Charles SC, Gibbons RD, Frisch PR, Pyskoty CE, Hedeker D, Singha N. Predicting risk for medical malpractice claims using quality-

of-care characteristics. Western J Med 1992;157:433-9.

19. Zampieri JRS, Moreira A. Erro médico: semiologia e implicações legais. *J Bras Med* 1995,69(1):116-20.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

*Rua Padre Réus, 68 - Bom Abrigo
Florianópolis/SC - Brasil
CEP: 88085-280
E-mail: roberto@cfm.org.br*