

**O COMPORTAMENTO ÉTICO-PROFISSIONAL DOS
MÉDICOS DE SANTA CATARINA: UMA ANÁLISE DOS
PROCESSOS DISCIPLINARES NO PERÍODO DE 1958 A
1996**

ROBERTO LUIZ D'AVILA

FLORIANÓPOLIS – SC

1998

ROBERTO LUIZ D'AVILA

**O COMPORTAMENTO ÉTICO-PROFISSIONAL DOS MÉDICOS DE
SANTA CATARINA: UMA ANÁLISE DOS PROCESSOS
DISCIPLINARES NO PERÍODO DE 1958 A 1996.**

**Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre em
Neurociências e Comportamento / Universidade
Federal de Santa Catarina.**

Orientador: Prof. Dr. Rogério F. Guerra

FLORIANÓPOLIS – SC

1998

**“O COMPORTAMENTO ÉTICO-PROFISSIONAL DOS MÉDICOS DE
SANTA CATARINA: UMA ANÁLISE DOS PROCESSOS DISCIPLINARES
NO PERÍODO DE 1958 A 1996”**

ROBERTO LUIZ D'AVILA

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de

MESTRE EM NEUROCIÊNCIAS E COMPORTAMENTO

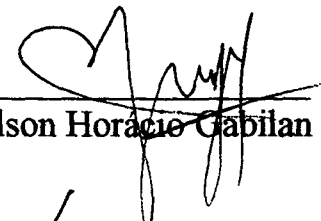
na área de Neurofisiologia e Comportamento Aprovada em sua forma final pelo
Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento.

Orientador



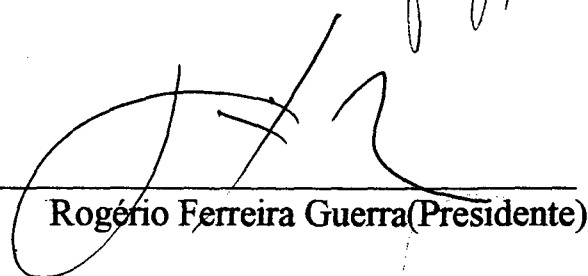
Rogério Ferreira Guerra

Coordenador do Curso

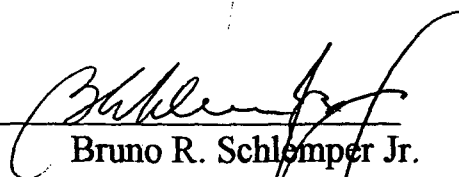


Nelson Horacio Gabilan

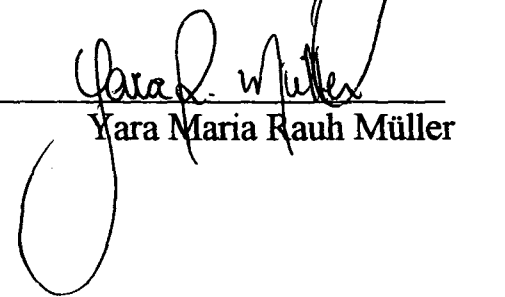
Banca Examinadora



Rogério Ferreira Guerra (Presidente)



Bruno R. Schlemper Jr.



Yara Maria Rauh Müller

AGRADECIMENTOS

Aos funcionários do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CREMESC), em especial às Sras. Emeli Marize Pugsley de Paula e Claudete Iracema Alves, pela colaboração na pesquisa dos processos ético-profissionais e ao analista de sistemas José Francisco Salm Júnior pela ajuda no computador.

Aos Professores do Departamento de Ciências Morfológicas do Centro de Ciências Biológicas da UFSC, em especial ao Professor Heitor Germano do Livramento Dücker, pela disponibilidade e encargos didáticos assumidos.

Ao Professor Doutor Rogério F. Guerra, orientador e amigo, pela inteligência criativa e pela liberdade necessária ao ato criador.

Aos meus pais, pela vida.

À minha mulher, Ana Rosa, pelo amor.

Aos meus filhos e neta, pela sabedoria.

Aos meus pacientes, por me ensinarem medicina.

Aos médicos, por me ensinarem justiça.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABIM - American Board of Internal Medicine
ACM - Associação Catarinense de Medicina
AMA - American Medical Association
CEM - Código de Ética Médica
Cem - Comissão de ética médica
CFM - Conselho Federal de Medicina
COREN - Conselho Regional de Enfermagem
CREMEB - Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia
CREMEG - Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara
CREMEPA - Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará
CREMEPB - Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba
CREMERJ - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
CREMESC - Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina
CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRM - Conselho Regional de Medicina
DF - Distrito Federal
ES - Espírito Santo
EUA - Estados Unidos da América
FURB - Fundação Universidade de Blumenau
JAMA - Journal of American Medical Association
MG - Minas Gerais
OAB - Ordem dos Advogados do Brasil
OMS - Organização Mundial de Saúde
PE - Pernambuco
PEP - Processo Ético Profissional
PEPs - Processos Ético-Profissionais
PR - Paraná
RJ - Rio de Janeiro
RS - Rio Grande do Sul
SC - Santa Catarina
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SP - São Paulo
SUS - Sistema Único de Saúde
UFSC - Universidade Federal do Estado de Santa Catarina
USA - United States of America
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

Conselhos de Esculápio

“Sentes paixão pela verdade mas não poderás dizê-la. Terás que ocultar a alguns a gravidade de seu mal; a outros sua insignificância, pois lhes molestará. Não contes que este ofício tão penoso te fará rico: tenho te dito, é um sacerdócio, e não seria decente que produza ganâncias como as que tem um azeitero ou o que vende lã.

Tua vida transcorrerá como a sombra da morte, entre a dor dos corpos e das almas. Te verás só em tuas tristezas, só em teus estudos, só no meio do egoísmo humano. Nem sequer encontrarás apoio entre os médicos, que fazem entre si uma guerra surda, por interesse ou por orgulho. Unicamente a consciência de aliviar males poderá sustentar-te em tuas fadigas.”

(Anônimo grego)

SUMÁRIO

RESUMO.....	1
ABSTRACT.....	2
I. INTRODUÇÃO.....	3
1. A ÉTICA E O MÉDICO.....	7
2. A ÉTICA NA PRÁTICA MÉDICA.....	9
3. OS CÓDIGOS DE ÉTICA MÉDICA.....	12
4. O ERRO MÉDICO.....	14
5. A RESPONSABILIDADE ÉTICO-PROFISSIONAL.....	20
6. OS CONSELHOS DE MEDICINA.....	29
7. OS PROCESSOS ÉTICO-PROFISSIONAIS.....	31
8. A PRÁTICA MÉDICA EM SANTA CATARINA.....	35
II. OBJETIVOS.....	38
III. MATERIAL E MÉTODO.....	39
IV. RESULTADOS.....	41
V. DISCUSSÃO.....	66
VI. CONCLUSÕES.....	82
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
VIII. ANEXOS.....	95
1. JURAMENTO DE HIPÓCRATES.....	96
2. CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA (1965).....	97
3. CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA (1984).....	108
4. CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA (1988).....	113
5. LEI N.º 3268/57.....	122
6. DECRETO N.º 44045/58.....	128

RESUMO

D'AVILA, Roberto Luiz. **O comportamento ético-profissional dos médicos de Santa Catarina: uma análise dos processos disciplinares no período de 1958 a 1996.** Florianópolis, SC, 1998. 136p. Dissertação (Mestrado em Neurociências e Comportamento) - Curso de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento da Universidade Federal de Santa Catarina.

O comportamento ético-profissional dos médicos de Santa Catarina foi investigado a partir da instalação do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CREMESC). Foi feita uma análise das atas das sessões plenárias do corpo de conselheiros do CREMESC, no período de março de 1958 a dezembro de 1996, onde constavam as denúncias, os processos disciplinares abertos e os seus resultados (condenações ou absolvições). O objetivo principal deste trabalho é conhecer o perfil (idade, sexo, tempo de prática médica, especialidade) do médico infrator. No período analisado, foi registrada a ocorrência de 577 denúncias, envolvendo 750 médicos; parte das denúncias (252 ou 43,6%) deram origem à abertura de processos disciplinares e envolveram 322 médicos (42,9%). Do total de denúncias, 283 (49,0%) foram feitas nos últimos 3 anos (1994, 1995 e 1996). Os resultados indicam que os denunciadores foram: os próprios pacientes (35,0%); outros médicos (26,0%); *ex-officio* (10,0%); Poder Judiciário (9,0%); Sistema Único de Saúde (8,0%); direções clínicas e comissões de ética médica de hospitais (7,0%) e outras entidades (5,0%), constatando-se que a maior parte das denúncias (57,0%) foi feita pelos segmentos da sociedade e a outra parte (43,0%) teve origem no próprio meio médico. Foram a julgamento 162 processos com o envolvimento de 208 médicos; desse montante, notou-se que 105 médicos (50,5%) foram absolvidos e 103 (49,5%) foram condenados e receberam as seguintes penalidades: advertência confidencial (31,0%); censura confidencial (36,9%); censura pública (22,4%); suspensão de até 30 dias (5,8%) e cassação da licença para o exercício profissional (3,9%). O médico condenado tinha o seguinte perfil: o mais jovem tinha 27 e o mais idoso 73 anos; a média etária foi de 41,8 anos e a faixa etária que tinha o maior número de condenações estava entre 31 a 40 anos (41,7%). O tempo médio de prática médica foi de 14,6 anos e a maior parte (56,3%) dos médicos condenados tinha entre 5 a 15 anos de exercício da profissão; a especialidade médica mais vulnerável a denúncias foi ginecologia-obstetrícia, seguida pela anestesiologia, cirurgia geral, oftalmologia e neurocirurgia. Houve nítido predomínio do sexo masculino, com apenas 2 médicas condenadas. O artigo do Código de Ética Médica mais infringido foi o artigo 29 que caracteriza o erro médico. Os nossos resultados permitem conhecer o perfil do médico infrator - ele é jovem, do sexo masculino, tem em torno de 15 anos de prática médica, é ginecologista/obstetra ou anestesiologista e encontra-se em plena atividade profissional - e isto possibilita que reformulações sejam feitas no ensino da graduação, visando o aprimoramento da formação ético-humanística dos acadêmicos de medicina.

ABSTRACT

D'AVILA, Roberto Luiz. **Ethical-professional behavior of physicians in the Santa Catarina State: An analysis of the disciplinary processes since 1958 to 1996.** Florianópolis, SC. 1998. 136p. Dissertation for Master Degree in Neurosciences and Behavior, Universidade Federal de Santa Catarina.

The ethical-professional behavior of physicians in Santa Catarina State was investigated since the installation of the Conselho Regional de Medicina at the Santa Catarina state (CREMESC). Thus, it was made an analysis of the proceedings of the plenary sessions of the CREMESC's board of consultants, in the period from march 1958 to december 1996, which describes the accusations, the openings of disciplinary processes and its results (condemnations or absolutions). The main purpose of this research was to know the main characteristics (age, gender, time from graduate, medical specialty) of the infractor physicians. In the period above mentioned, it has been noted the occurrence of the 577 accusations and the involvement of 750 physicians. Some denunciations (252 or 43,6%) gave origin to the opening of disciplinary processes, involving 322 physicians (42,9%). It is important to note that 283 denunciations (49,0%) were just carried out in the last 3 years (1994, 1995 and 1996). The results indicated that the informers were the following ones: the own patients (35,0%); other physicians (26,0%); *ex-officio* (10,0%); Judiciary Power (9,0%); the Sistema Único de Saúde (8,0%); clinical directors and commissions of ethics in the hospitals (7,0%) and other social entities (5,0%). Most of the denunciations (57,0%) was done by the ordinary segments of the society and the other part by the other physicians (43,0%). They went to judgement 162 processes, with the involvement 208 physicians; it was noted that 105 physicians (50,5%) were acquitted and 103 (49,5%) condemned, receiving the following penalties: confidential warning (31,0%); confidential censure (36,9%); public censure (22,4%); suspension of up to 30 days (5,8%) and prohibition for the professional exercise (3,9%). The medical convict had the following profile: the more youth had 27 and the more senior 73 years, the mean age was of 41,8 years and the age group that received the largest number of condemnations was between 31 and 40 years (41,7% of the cases). The medium time of medical practice was 14,6 years and most cases of condemnations (56,3%) the physicians had among 5 to 15 years of exercise of the profession; the more vulnerable medical specialty denounces it was obstetrics/gynecology, followed by the anesthesiology, general surgery, ophthalmology and neurosurgery. There was clear prevalence of the male, with just two female cases of condemnations. The most infringed article of the Código de Ética Médica was the article 29, that characterizes the medical errors. Our results describes the characteristics of the medical infractor - he is young, male, had more or less 15 years of medical practice, his specialty is gynecologist/obstetrician or anesthesiologist and he was in full professional activity - and clearly indicated the necessity of reformulations in the undergraduate teaching in order to improve the ethical-humanistic formation of the physicians.

I. INTRODUÇÃO

A medicina é ciência e arte. Por ser ciência necessita de conhecimentos técnicos específicos e, por ser arte, necessita de um modo de conduta correto ao fazer as intervenções em seu sujeito e não objeto de trabalho: o ser humano. Por isso, tem um caráter relacional mediador de desejos, paixões e afetos.

As normas de conduta, contidas no Código de Ética Médica (CEM), sustentam este caráter relacional, fazendo com que a interação médico-paciente se revista do mais elevado cunho ético-moral e ao mesmo tempo seja fonte de tantos conflitos no exercício da arte de curar.

A prática da medicina, na atualidade, é um enfrentamento de situações conflituosas no campo ético-legal, cuja freqüência e magnitude é superior à de suas soluções (Sanguinetti, 1988).

Nascida do princípio da beneficência, o primeiro princípio a se estabelecer entre os homens, a medicina surgiu da necessidade de ajuda e cuidado de um para com o outro ser humano. Necessidade esta, caracterizada quando alguém sentiu dor e pela primeira vez um outro ser humano, impregnado pelos sentimentos de compaixão e de beneficência, ficou ao seu lado. Não foi necessária a cura, bastando somente a presença e o cuidado.

Na relação médico-paciente, o médico não tem a obrigação determinada ou de resultados, mas sim uma obrigação de diligência ou de meios. Pelo fato de tratar o paciente, sua obrigação é dar-lhe um tratamento adequado, conforme os dados atuais da ciência, compatíveis com os recursos locais de que possa dispor, e com as condições específicas e pessoais do próprio paciente (Pondé, 1984).

Segundo Machado (1997), a medicina é uma profissão em mudança e esta ocorre não somente na base cognitiva, na capacidade de realizar o trabalho com autonomia ou mesmo nas relações de troca que se operam no mercado de trabalho mas, também, na urbanização, rejuvenescimento e feminilização que estão afetando sua estrutura sócio-demográfica e transformando a tipologia do contingente de profissionais que se dedicam à medicina.

D'Acâmpora e Corrêa (1996) citam Lacassagne, que advertia em 1906, o ataque sofrido pelo médico através da imprensa leiga e do público. Os mesmos autores destacam que, desde 1936, ficou estabelecido o preceito, pela Câmara Civil da Corte de Cassação de Paris: *"entre o médico e o seu cliente se forma um verdadeiro contrato que se não comporta, evidentemente, a obrigação de curar o paciente, ao menos compreende a de proporcionar-lhe cuidados"*.

É compreensível o interesse em torno da medicina e a análise constante de seu comportamento. Os erros que ela comete, pequenos ou grandes, têm uma profusão e alcance jamais sonhados (Panasco, 1984). Por isso, quando do ato médico resulta dano, perde-se o atavismo contido na prática médica de fazer o bem. A maleficência, embora não intencional, é a antítese da arte e da ciência e, por isso, a sociedade reage tão pouco condescendente com os autores do malfadado dano, ou seja, quando do ato de realizar o "bem" resulta o "mal".

Entretanto, é importante lembrar que o erro ocorre em todas as atividades humanas pois isto estaria na essência humana, mas na medicina ele é indesejado, abominado e execrado (D'Acâmpora e Corrêa, 1996). Qualquer médico pode produzir erros mas, se é bem treinado, o médico competente fará menos erros e se os fizer, reconhecerá rapidamente o problema e iniciará medidas corretivas. Esta é a diferença entre complicação e iatrogenia: complicação é o resultado

indesejado, um efeito não provocado de qualquer procedimento cirúrgico; iatrogenia é um dano específico causado pelo médico por negligência (Cervantes, 1996).

As injúrias cirúrgicas iatrogênicas, que envolvem má-prática, tem tomado proporções alarmantes em países industrializados com o aumento de demandas judiciais. A prática da cirurgia tem muitos mais riscos do que a prática clínica e exige não só o treinamento cirúrgico mas, também, honestidade profissional, princípios éticos, bom julgamento e aptidão (Cervantes, 1996).

O erro médico deve ser analisado através do ato involuntário, caracterizado por imprudência, imperícia e negligência, devendo o médico responder pela conduta culposa. Essas feições de culpa se entrelaçam muitas vezes e o parâmetro para a conduta culposa é a previsibilidade. Se o médico não prevê o que deveria ser previsto e causa dano, age culposamente. O erro consiste em agir ou não agir. Tanto erra o que faz o que não deve quanto o que não faz o que deve. Os latinos utilizavam a conduta para evitar o erro, com o termo: *age quod agis*, ou seja, age como deves agir (Moraes, 1996).

O erro médico será sempre erro culposo, pois o próprio Código Penal Brasileiro caracteriza o dano causado por imprudência, negligência ou imperícia: *“se empregarmos todos os conhecimentos ao nosso alcance e chegarmos a um diagnóstico errado, trata-se de erro profissional de diagnóstico. Não está caracterizado aqui o fato típico de culpa, pois só a falta grosseira do profissional estabelece a mesma”* (França, 1987).

Os danos infligidos pelos médicos sempre têm feito parte da prática médica e levantado problemas jurídicos. A indiferença profissional, a negligência e a pura incompetência são falhas velhas como o mundo. Com a transformação do médico artesão, que exercia sua habilidade em indivíduos que conhecia pessoalmente, em médico técnico que aplica regras científicas a categorias de

doentes, as falhas adquiriram novo *status*, anônimo e quase respeitável. O que era antes considerado abuso de confiança e falta de moral, agora pode ser racionalizado como falha ocasional de equipamento ou dos seus operadores. Num hospital em que a técnica é complexa, a negligência transforma-se em erro humano “aleatório”, a insensibilidade em “*desinteresse científico*” e a incompetência em “*falta de equipamento especializado*”. A despersonalização do diagnóstico e da terapêutica transferiu as falhas do campo ético para o âmbito do problema técnico (Illich, 1975).

Na verdade, as novas disponibilidades tecnológicas não expandiram as habilidades dos médicos em definir anormalidades anatômicas ou fisiológicas. Pelo contrário, atrofiaram a capacidade de, à beira do leito do paciente, fazer diagnósticos usando somente a anamnese, o exame físico e exames simples e baratos, tais como o eletrocardiograma e o exame de raio X de tórax. Em 300 autópsias realizadas em 1960, 1970 e 1980, os investigadores de Harvard afirmam que 20 anos de cintilografia, ultra-sonografia e tomografia computadorizada não reduziram a frequência de diagnósticos errados ou que não foram feitos em vida (Zoneirach e Spodick, 1995).

Assad (1993) pondera que a Medicina, nos primórdios, era mais arte do que ciência. O médico tinha uma sensibilidade hipertrofiada, já que os recursos diagnósticos e o arsenal terapêutico eram tão poucos quanto os conhecimentos científicos da época. Analisa que neste século surgiram alguns complicadores da relação médico-paciente, dentre eles: a tecnologia, a superespecialização, a interposição institucional e o papel dos meios de comunicação. A tecnologia tirou o médico da cabeceira de seu paciente, fazendo com que a mão que sentia, tocava, percutia e confortava fosse substituída por visores luminosos e sonoros, por

aparelhagem cada vez mais sofisticada. O calor humano do profissional tornou-se mais distante e a cibernética desprezou o contato mais próximo e atento do médico.

Não obstante a acentuada evolução da ciência médica, com o desenvolvimento de aparelhos de alta tecnologia, ainda existe uma aura de romantismo em torno dessa profissão e, até algum tempo atrás, o dano advindo da atuação do médico era tido como inevitável. Daí, passou-se a uma situação totalmente contrária, não só de proteção ao lesado, como também de predisposição deste a atribuir qualquer mau resultado ao profissional, seguindo-se a demanda indenizatória (Kfoury Neto, 1994).

Sloan e Colaboradores (1989) afirmam que a má-prática médica está em sua segunda década de crise e que a mesma tem dimensões médicas, legais e de políticas públicas de saúde. Referem que, nos EUA, muitos médicos estão se recusando a tratar pacientes de alto risco, aposentam-se mais cedo, abandonam certas especialidades como a obstetrícia e solicitam mais exames complementares que os estritamente necessários, de modo a defenderem-se de denúncias por erro médico o que encarece o tratamento médico e tem graves repercussões sociais.

1. A ÉTICA E O MÉDICO

A medicina é um empreendimento moral reconhecido como tal, desde que filósofos e médicos começaram a refletir criticamente sua natureza e propostas. Isto levou a um renascimento da ética médica e pela primeira vez inicia-se uma integração entre a prática clínica e uma disciplina intelectual formal. A escolha, pelo médico, dentre muitas coisas que podem ser feitas ao paciente e aquelas que devem ser feitas em uma determinada circunstância clínica, é um problema ético. Deve ser a decisão certa e melhor para o paciente (Pellegrino, 1978).

Galeno de Pérgamo ressaltava que “o melhor médico é também um filósofo” afirmando que a ética médica consiste em aplicar a ética geral ao domínio da medicina. Hipócrates estabeleceu que o médico deve considerar sempre o particular e que a determinação das características dos indivíduos se dá por meio da sensibilidade, opinando que o médico, seguramente, contraria o enfermo e dobra sua vontade ao administrar-lhe o necessário, porém necessita de sua colaboração (Micheli, 1994).

Sócrates e Aristóteles afirmavam ser o pensamento normativo necessário para discernir o bem e o mal, o correto e o incorreto, o justo e o injusto, entendendo a ética como o nome que se dá às nossas preocupações com a boa conduta. Por isso, devemos estar preocupados com a tradição das escolas médicas em enfatizar o conhecimento científico em detrimento do conhecimento moral na formação do médico, não se podendo esquecer que da essência da medicina fazem parte o sofrimento e a dor, a angústia e a morte, exigindo daquele que a exerce não somente perícia e técnica, mas também qualidades pessoais como zelo, temperança, honestidade e outras. A competência técnica e a competência ética não se bifurcam, ao contrário, caminham *pari-passu* na formação do médico (Silva, 1996).

A questão ética deve ser vista como um julgamento, em sua forma mais superficial, entendida como decisão, ou veredicto, sobre determinada ação. Os julgamentos podem ser justificados, pois obedecem a regulamentos ou normas, porque são baseados em princípios. O conjunto de princípios é sistematizado em teorias e os mais importantes dentro da ótica e da ética médica seriam: o respeito às pessoas, a beneficência e a justiça (Vieira e Hossne, 1987).

No futuro, a medicina precisará posicionar suas atividades e seu entendimento em um contexto moral, como no passado. A retórica de prover um

serviço igual para todos deve ser abandonada e deve ser definido um pacote básico de cuidados médicos adequado a toda a população. A medicina tem um papel moral em clarear as limitações da tecnologia, dos recursos e da condição humana, alertando para a chamada introspecção pós-moderna da filosofia contemporânea. Uma ética médica para o próximo século deve ser aquela que fale sobre beneficência e moderação (ou *Sophrosyne*), em relação ao dilema humano (Engelhardt, 1991).

2. A ÉTICA NA PRÁTICA MÉDICA

A medicina, enquanto profissão, sempre foi acompanhada, historicamente, de uma grande preocupação com a conduta ética dos médicos. Muito antes de Hipócrates, cujo juramento (feito por todos os médicos ao concluírem o curso de graduação) fundamenta os códigos de ética da profissão médica até os dias de hoje, diversas sociedades já tinham códigos de ética que eram bastante rigorosos para com os infratores.

Na antigüidade remota, o exercício da medicina era um aglomerado de mitos. Asclepius ou Esculápio curava por intermédio de sonhos em seu templo de Epidauro, na velha Grécia. Nessas eras não se analisava o erro, levando em consideração apenas as curas, que de tão raras eram inscritas nas colunatas do templo. Dezenove séculos antes de Cristo, Hammurabi, imperador babilônico, inscreveu diversas normas aplicadas aos médicos em seu famoso código, com a justa previsão de penas para médicos incompetentes ou desastrados (Grisard, 1995; Moraes, 1996).

O livro de Hermes-Toth do antigo Egito condenava à morte os médicos que desrespeitavam as normas ali contidas. Na Índia antiga, o código de Manú estabelecia castigos aos médicos faltosos. Os médicos aztecas praticavam a

eutanásia e abandonavam seus pacientes quando o calendário pressagiava maus resultados. A preocupação de punir os médicos não é recente, pois entre os egípcios, gregos e romanos e na idade média já haviam castigos destinados aos médicos faltosos. O artigo 218 do código de Hammurabi (século XXIII a.C.) preconizava: “*Se um médico trata de alguém de 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*” (França, 1987).

Hipócrates emancipou a medicina da 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. A vida é o bem supremo e essencial, acima de qualquer outro princípio. A saúde e sua conservação é um direito contemplado e garantido em constituições de vários países. No México, está garantido ao médico a autoridade para instituir o regime terapêutico que mais beneficie o paciente e que a mesma não está sujeita a nenhuma pressão social, moral, política, econômica e religiosa (La Vara, 1995).

Hipócrates criou o adágio “*primum non nocere*” lembrando que o médico deve considerar o bem estar do paciente acima de qualquer coisa e evitar usar qualquer prática que resulte em dor e sofrimento ao paciente (Cervantes, 1996).

Na antigüidade, os códigos de conduta médica associavam a prática da profissão á critérios mágicos e as doenças eram vistas como possessões demoníacas, não havendo uma Ética propriamente dita, por falta de vínculo específico entre o médico e o paciente. Porto (1991) faz um histórico da ligação da medicina com a religiosidade e diz que a medicina do passado era emanada dos deuses e administrada por homens veneráveis e ungidos pela fortuna da descendência. Com Hipócrates foi lançada a base da medicina moderna que ao

invés do empirismo, passou a ser método de observação definindo-a como *“a arte que se destina a curar os doentes ou acalmar seus sofrimentos”*.

Foi Hipócrates quem trouxe os critérios éticos para dentro da medicina, estabelecendo até os dias de hoje as obrigações do médico, o segredo médico, a moderação nos honorários, o respeito aos colegas e mestres e a proibição do aborto e da eutanásia, resguardando o médico e protegendo o paciente. Ele retirou o caráter mágico da medicina e codificou a deontologia médica através de seu juramento, dignificando a profissão pelo exercício do amor e da generosidade.

A intervenção do Estado na prática médica ocorre desde a antiguidade, tendo sido o código de Hammurabi (século XVIII a.C.) o primeiro texto legislativo consagrado à responsabilidade do médico. Em alguns países existem organizações profissionais, criadas por lei, às quais os médicos estão obrigados a se filiarem para poderem exercer a profissão: os conselhos profissionais. Considerados, no mais das vezes, como organizações privadas, os conselhos profissionais receberam do Estado o direito de impor aos seus filiados as regras profissionais obrigatórias contidas nos códigos deontológicos, que fixam direitos e obrigações dos médicos nas relações com os doentes e com outros médicos. Cabe ao Estado a valoração jurídica á estes códigos. O Estado fixou sanções penais aplicáveis nos casos de agressão à vida ou à integridade da pessoa física. Em diferentes países, por exemplo Nova Zelândia e Suécia, foi instalado um sistema legislativo permitindo a reparação, em determinados casos, de danos causados pelos médicos (Auby, 1996).

3. OS CÓDIGOS DE ÉTICA MÉDICA

Historicamente, os códigos de ética médica sofreram, ao longo do tempo, várias influências religiosas, culturais e filosóficas e a partir da década de setenta houve uma nova tendência na sociedade, quando apareceu uma preocupação explícita com os direitos dos pacientes. Especificamente na América Latina, houve uma tentativa de desenvolver códigos de ética fundamentados em conceitos filosóficos e jurídicos. No Brasil, a produção de códigos de deontologia e ética médica seguiu uma trajetória própria, numa matriz secular e filosófica (Martin, 1993).

A codificação moral da profissão médica ganhou maioridade com Hipócrates de Cós que, através de cento e vinte obras escritas há quatrocentos anos antes de Cristo, enfatizou o compromisso do médico em assumir a fidelidade às tradições da profissão. Em Roma, as leis sobre o erro médico eram tão severas que afastaram da profissão os mais capazes e os mais aptos, com receio das punições. Houve a necessidade de importar médicos da Alexandria e da Grécia. Depois, as leis repressivas foram caindo em desuso e a medicina passou por uma fase de prática descontrolada e indiscriminada, cheia de impunidade (Moraes, 1996).

Os códigos têm um conteúdo moral que alinha dispositivos legais. O Código de Havana, chamado de Código de Moral Médica, aprovado pelo II Congresso Médico Latino-Americano em 1926, com 12 capítulos, contém uma curiosidade que não foi absorvida pelos códigos brasileiros referente a postura dos pacientes diante dos médicos. Com efeito, este capítulo revela que os pacientes não devem importunar, causar delongas e prejuízos ao facultativo, devendo estar pronto, à hora certa, para o exame e não importunar o esculápio em horas impróprias como o sono, refeições e lazer. Lembra ainda que o paciente deverá ser

grato, pagar na hora certa, não atrasar o médico ou seja, deverá ser o doente ideal (Péres, 1974).

Martin (1993) informa que, até recentemente, imperaram os critérios paternalistas e onipotentes em todos os códigos de ética médica, tendo o médico atuado sempre em decisão própria ante ao enfermo passivo. O desenvolvimento tecnológico trouxe aos médicos novas inquietações e as dúvidas surgidas entre o que pode ser feito e o que deve ser feito necessitou da ajuda de filósofos, teólogos e juristas trazendo-os para o âmbito hospitalar, afim de ajudar os médicos na resolução de tais conflitos.

Os códigos de ética representam a consolidação dos princípios éticos assumidos por uma sociedade. Considerando que os princípios são mutáveis, temos que os códigos são habitualmente retrógrados com relação ao "*pensar ético*", recomendando-se conseqüentemente sua análise crítica e revisão periódica (Cohen e Segre, 1995). Entretanto, Landmann (1985) avalia que a ética médica está centrada nos interesses dos médicos, relegando a segundo plano os interesses da sociedade e os dos doentes. Alega que os códigos são, na verdade, regras de etiqueta entre os profissionais médicos que visam manter suas prerrogativas.

No século passado as associações médicas dos Estados Unidos e Europa começaram a elaborar códigos de ética para estabelecer os princípios que deveriam nortear as relações entre os médicos e pacientes e entre os próprios médicos. Tais códigos traziam consigo apenas a responsabilidade moral e davam aos médicos uma imunidade jurídica. No Brasil, o primeiro Código de Ética Médica foi homologado em 1931, a partir do movimento sindical iniciado na década de 1920, e baseava-se no Código de Moral Médica aprovado no II Congresso Médico Latino-Americano, em Havana, no ano de 1926. O Ministério de Educação e Saúde

outorgou o Conselho de Disciplina Profissional para "*conhecer, julgar e sentenciar qualquer infração às disposições do presente Código*" (Pereira Neto, 1992).

Em 1945 foi criado o Conselho Federal de Medicina, através do decreto-lei 7.955 e entrou em vigor o Código de Deontologia Médica, aprovado pelo IV Congresso Médico Sindicalista de 1944. Em 1957 a Associação Médica Brasileira (AMB) elaborou o novo Código de Ética Médica que vigorou até 1965 quando, então, o Conselho Federal de Medicina aprovou um novo código de ética como previa a lei 3.268/57, com poucas alterações (Péres, 1974). Em 1984, um outro código foi elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, pressionado pelo desejo da categoria e impulsionado pela abertura política que se instalava no País. Após ampla discussão com a categoria profissional e outros segmentos da sociedade civil organizada o Conselho Federal de Medicina aprovou, em 1988, o novo Código de Ética Médica, ainda em vigor.

4. A RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL DO MÉDICO

Os erros médicos são, quase sempre, responsáveis por dano e sofrimento aos pacientes, embora, nem todos sejam por negligência médica (Hupert e Colaboradores, 1996). Detectar e impedir o crescimento da negligência médica tornou-se uma meta a ser atingida, pois os hospitais e os conselhos estaduais estão sob pressão crescente para terem um papel disciplinador mais eficiente (Schwartz e Mendelson, 1989).

Charles (1993) afirma que a mitologia associada às denúncias contra médicos contempla que "maus médicos" são absolutamente incompetentes e insensíveis, são denunciados repetidamente e se fossem identificados e reabilitados o problema desapareceria.

Lester e Smith (1993) avaliam a hipótese de que o modo com que os médicos se comunicam com os pacientes e o grau de percepção dos pacientes, quanto à culpa do médico ou um mau resultado, são fatores importantes para desencadear uma demanda judicial contra os mesmos. Concluem que comportamentos positivos dos médicos fortalecem a relação médico-paciente e diminuem a possibilidade de litígio. Um sentimento de conforto e de confiança mútua entre médico e paciente é um componente bem aceito e desejável de qualquer consulta médica. Uma percepção comum mostra que uma boa relação médico-paciente torna menos provável uma denúncia contra o médico (Penchansky e Macnee, 1994).

Portanto, a comunicação entre médicos e pacientes deve esmerar-se cada vez mais, a partir de informações de que os pacientes desejam conhecer mais detalhes de suas doenças. Os médicos devem adaptar os seus estilos de comunicação às variações intelectuais individuais e às necessidades emocionais de seus pacientes (Adamson e Colaboradores, 1989).

Bowman (1992) afirma que as denúncias por negligência contra médicos são comuns e isto pode ter um grande impacto emocional para os mesmos. As causas mais freqüentes são a demora em fazer o diagnóstico correto, tratamento negligente com fármacos, dificuldade em conseguir uma consulta, ausência de consentimento informado e o manuseio negligente de procedimentos médicos. A estratégia mais importante é providenciar um cuidado médico padrão de boa qualidade.

Rosselot (1995) faz críticas a certas análises sociológicas da profissão médica e cita uma carta publicada em um periódico chileno com os seguintes dizeres: "*son los médicos com su omnipotencia, salvo honrosas excepciones, los que en gran mayoria causan la mala atención y la falta de calidad, no sólo del*

sistema de salud estatal, sino de todo el sistema en general ", traduzindo uma alta frustração de expectativas de atenção médica. Revela que uma pesquisa feita no Chile, em 1992, pelo Colégio Médico do Chile, sobre a imagem do médico na sociedade, evidenciou uma dura crítica ao sistema de saúde e o médico foi identificado como responsável. A percepção social sinaliza o médico como um personagem arrogante, longe de satisfazer as expectativas dos pacientes, com pouco tempo dedicado a ouvi-los e com diferentes condutas na clínica privada e no serviço público. São indivíduos egocêntricos, afortunados e sem interesse pelo serviço público. O Conselho de Assuntos Éticos e Judiciais da *American Medical Association* (AMA) respondeu, em 1991, que: *"em que pesem as percepções em contrário, os médicos não são comerciantes de alto nível. Os médicos estão comprometidos com a vocação de curar e, diante disso, são fiduciários de seus pacientes. Têm diferentes deveres que o mais ético dos empresários e, por isso, existem atividades que comprometem os pacientes que os médicos devem evitar"*. O imperativo ético mais urgente de nossa época é o resgate da dignidade do médico, através da credibilidade pública (Rosselot, 1995).

Sobral (1997) informa que a literatura médica em má-prática identifica a comunicação entre os médicos e os pacientes e seus familiares como a causa mais importante para denúncias contra os médicos.

De acordo com Beckman e Colaboradores (1994), os pacientes denunciam seus médicos não somente pelos resultados adversos, pois nem todos os resultados adversos resultam em denúncias e nem todas as denúncias envolvem resultados adversos e podem ter outros motivos. Com efeito, 71% dos denunciantes revelaram problemático relacionamento com seus médicos: 32% por demérito; 29% por não valorização das queixas dos pacientes; 26% por não informarem adequadamente sobre a doença e 13% por falha em não compreender as

expectativas dos pacientes ou de seus familiares. Concluem que a decisão em denunciar os médicos foi tomada por: 1) falta de cuidado ou colaboração dos mesmos ao assistirem os pacientes, 2) indisponibilidade, 3) pouco envolvimento com o paciente e seus familiares e 4) informação deficiente.

A crise do aumento de denúncias por erro médico é a expressão de um problema profundo e complicado que não pode ser resolvido por falsas soluções motivadas somente por preocupação com os custos dos benefícios. Necessidade de reparação do dano, vingança emocional e aprendizagem para que não se repita o erro são as causas prováveis das denúncias (Meyers, 1987; De Ville, 1995).

A lei da má-prática deve ser vista como um ramo da lei que trata de danos sofridos por pacientes durante tratamento médico. O médico ou outro agente de saúde é o responsável se o dano é causado por negligência. Os pagamentos por indenizações, nos EUA, passaram de US\$60 milhões em 1960 para US\$5 bilhões em 1985 e estes problemas trouxeram, como consequência, a medicina defensiva, além dos efeitos psicológicos sobre os médicos e pacientes, alterando a relação médico-paciente (Hiatt, 1992).

Hickson e Colaboradores (1992) revelam que os médicos denunciados sentem raiva e falta de proteção, principalmente quando a denúncia é infundada. Tal frustração pode levar à insatisfação e ao desinteresse profissional, especialmente entre os médicos de especialidades consideradas de alto risco. A própria sociedade sofre perdas não econômicas se os médicos reduzem o acesso a determinados tipos de serviços que implicam em maior risco. As perdas econômicas não se referem somente aos prêmios de seguro, mas à prática de medicina defensiva com o aumento de testes de laboratório e radiológicos. Afirmam que o principal motivo que leva os pacientes a denunciarem seus médicos é a comunicação deficiente entre os mesmos. Quando os médicos providenciam

cuidado médico tecnicamente adequado, os pacientes esperam respostas aos seus questionamentos e querem participar das decisões. Alguns pacientes acreditam que seus médicos os enganaram, simplesmente não os ouviram ou não responderam às suas perguntas.

A repercussão emocional das denúncias de má-prática sobre os médicos, consumindo tempo e dinheiro e provocando trauma emocional importante, resulta em limitação das atividades e em recusa de casos graves ou complicados. Médicos processados têm alta taxa de depressão, ideações suicidas, consideram o processo degradante e, na maioria das vezes, as denúncias são infundadas e portanto não relacionadas à negligência. As queixas mais comuns contra médicos são: 1) falha em diagnosticar ou retardo no diagnóstico, 2) negligência no tratamento com drogas, no manuseio obstétrico ou em procedimentos e 3) falha em obter consentimento informado. Os médicos de todas as especialidades são denunciados, embora algumas especialidades têm maiores riscos do que outras (Bowman, 1992).

O atual sistema legal nos Estados Unidos, nos processos por má-prática médica, tem produzido o descontentamento generalizado. Aumento dos custos, exposição de risco no exercício de qualquer ato médico e comprometimento da relação médico-paciente são as principais conseqüências (Abramson e David, 1992).

Denúncias contra médicos não é algo novo mas o aumento da freqüência de tais ações pode provocar comprometimento dos serviços médicos prestados. Na verdade, premissas básicas devem ser atendidas: 1) pacientes que sofreram danos devem ser indenizados, 2) garantia de alocação de recursos para todos os pacientes injuriados, 3) os custos de indenização não podem afetar o custo e disponibilidade do tratamento médico, 4) pessoas competentes e capazes não

podem ser desencorajadas a exercerem a medicina, 5) médicos competentes e conscientes devem se orgulhar de exercerem sua profissão e 6) médicos incompetentes e relapsos devem ser identificados e impedidos de exercerem a profissão, ou ainda, serem suspensos e reabilitados através de treinamento para a prática competente (McQuade, 1991).

A despeito de um pronunciado interesse em mudanças da dominância profissional na Grã-Bretanha, pouca atenção tem sido dada ao erro médico. Esta preocupação está aumentando, por interesse de membros da própria profissão médica, juristas, sociólogos, repórteres e o público em geral, e por aumento das denúncias, pedidos de reforma do sistema legal e responsabilidades por custo e qualidade em saúde. A negligência médica é definida caso a caso, sendo de difícil interpretação para os sociólogos, especialmente em entender a diferença entre erro aceitável e negligência e determinar se o dano foi causado. Negligência ou má prática é a falha do médico em agir de acordo com os padrões médicos estabelecidos (Annandale, 1996).

Fruchter (1993) afirma que, nos dias de hoje, o erro médico continua gerando controvérsia. Os pacientes sentem-se estressados emocional e psicologicamente durante as batalhas jurídicas, interessando a todos buscar um sistema mais efetivo e eficiente para compensar as vítimas de erro médico e proteger os médicos competentes de denúncias infundadas. Neste sentido, o autor compara os sistemas legais americano e judeu (baseado na Lei Judaica, *Halachic*) e conclui que este último aceita o dano causado por puro acidente, portanto não previsível, e por circunstâncias alheias ao desempenho médico.

Woolliscroft e Colaboradores (1994) afirmam que programas educacionais voltados para a adequada prática médica têm aumentado o foco de interesse no desenvolvimento de habilidades para uma melhor relação médico-

paciente. Esclarece que, em 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.

5. A RESPONSABILIDADE ÉTICO-PROFISSIONAL DO MÉDICO

A primeira ação contra médico nos Estados Unidos ocorreu em 1794 (D'Acâmpora e Corrêa, 1996) e, estima-se, atualmente, em cerca de 1.000 (um mil) processos contra médicos tramitando nos Tribunais de Justiça, no Brasil, por alegadas más práticas no exercício profissional e que a grande maioria destes processos é por responsabilidade civil (França, 1995).

Moraes (1995), ao fazer um levantamento na Justiça 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%) casos.

Illich (1975) relata que, em 1971, entre 12.000 a 15.000 processos contra falhas no exercício profissional da medicina deram entrada na Justiça dos Estados Unidos. Entretanto, os médicos somente são vulneráveis num tribunal se forem acusados de ação em desacordo com o Código de Saúde Pública, incompetência em matéria de tratamento ou por falta ao dever, por avidez de lucro ou por preguiça. A maior parte dos danos infligidos pelo médico moderno não se enquadra em nenhuma dessas categorias. Na verdade, são produzidos na prática diária de homens bem formados, que aprenderam a agir conforme o quadro de valores e as técnicas admitidas pela profissão e foram treinados para reprimir a consciência dos danos que provocam.

Os médicos estão, cada vez mais, expostos a demandas judiciais e obrigados a providenciarem um cuidado médico de excelência, de acordo com os padrões desenvolvidos e estabelecidos pelas associações médicas das especialidades. A prática da medicina defensiva permite ao médico exercer uma medicina de baixo risco e de alto custo, por medo de serem denunciados por má-prática. Os médicos estão sendo pressionados a tratar seus pacientes à luz de fatores econômicos, devendo adaptar-se a esta nova orientação com o objetivo de reduzir a prática da medicina defensiva (Gabin, 1995).

Erro médico é o mau resultado ou o resultado adverso decorrente de ação ou omissão do médico, por imperícia, imprudência e negligência (França, 1995a; Giotri, 1996). Neste sentido, Silva (1996) afirma que os erros médicos existem desde o tempo em que um doente precisou de um médico, assumindo importância sua permanente observação, em razão dos desdobramentos éticos e jurídicos amplamente consolidados na doutrina e fartamente apreciados pela jurisprudência.

Existem 3 tipos de erro médico: de diagnóstico, de tratamento e de dosagem de medicamentos. Quanto ao erro de diagnóstico, podem haver dois subtipos: evitável e inevitável, sendo este último não punível por ser considerado consequência da própria medicina. Os erros evitáveis são de responsabilidade direta dos médicos, como os erros por imperícia, inabilidade na execução de tarefas técnicas ou por falta de adestramento (Freire, 1935; Fávero, 1945; Wechsler e Marques, 1986; França, 1995b; Grisard, 1995).

Pereira (1992) considera que responsabilidade é responder pelos atos cometidos, fazendo face a seus efeitos. A responsabilidade penal volta-se para a existência do ato considerado criminal e sua autoria e a civil importa na reparação do dano.

No Brasil, os médicos estão sujeitos às responsabilidades penal e civil junto à justiça comum por imperícia, imprudência e negligência e, à responsabilidade ética junto aos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, entidades criadas por Lei desde 1957. Mas é preciso lembrar que somente uma pequena fração dos erros médicos (imperícia, imprudência e negligência) desembocam nos conselhos de medicina. Akerman (1997) propõe a criação de um “banco de erros médicos” a ser gerido pelos conselhos, com a função de catalogar e analisar os erros com o intuito de estabelecer suas causas.

Erro médico, sob o ponto de vista jurídico, é o mau resultado, involuntário, do trabalho médico e, portanto, culposo e não doloso. Sua tipificação está prevista no Código Penal (artigos 18, 133 e 135) e no Código Civil (artigos 159 e 1545) e não é considerado erro a inobservância das normas contidas no Código de Ética Médica (Resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 1246/88), ressalvadas as formas geradoras do erro previstas no artigo 29 do referido Código de Ética: “É vedado ao médico praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência” (Gomes, 1994).

Os conceitos de imperícia, negligência e imprudência podem ser simplificados facilitando o entendimento, tal como: negligência é fazer de menos, imprudência é fazer demais e imperícia é fazer mal feito. Assim, quando a conduta do médico é correta, o erro provocado escapa à responsabilidade porque a justiça não exige que seja infalível. Os critérios de responsabilidade civil e penal do médico não devem ser excessivamente liberais nem demasiado severos (Do Pico e Colaboradores, 1986). O erro sanável ou irrelevante é perdoado, não sendo perdoado, todavia, a desídia, a negligência, a incompetência voluntária e a ignorância consentida, sendo imperioso o julgamento (Porto, 1990/1991).

Não existe no mundo profissão mais regulamentada do que a medicina e seu exercício é um dos mais perigosos sob o ponto de vista legal. No caso de erro médico, cria-se a falsa impressão de que os órgãos de classe ou não julgam adequadamente os erros ou os escondem corporativamente. Na verdade, no Brasil, o médico é passível de julgamento em dois tribunais: o da classe médica (Conselho Regional de Medicina) e na justiça comum. O médico não é acobertado nem julgado apenas pelos médicos ou pela *"máfia de branco"* (Zampieri e Moreira, 1995).

Strenger (1983) analisa as causas de erro médico informando que o desenvolvimento tecnológico da medicina nos últimos cinquenta anos tornou a medicina mais perigosa, não compreendendo o homem comum que a doença não possa ser vencida sempre. Acredita que 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 coletivo. O autor conclui que o médico é vítima pessoal da evolução da medicina.

A responsabilidade médica baseia-se em 6 pontos principais: 1) a medicina é uma atividade de meios e não de fins, 2) a medicina não é uma ciência, campo de exatidões, de estatísticas e de generalizações, 3) a medicina é uma profissão moral e é este o campo principal a ser considerado quando a medicina resvala de seus caminhos, 4) o objeto da medicina é um sujeito, 5) a medicina é uma profissão que precisa reformular os seus diálogos e 6) a atividade médica precisa ser repensada, redefinida e reestruturada (Londres, 1988).

O que vem se acentuando, mais do que a incidência de erro médico, é o seu reconhecimento e a tendência da sociedade em penalizar o médico por algo que ele jamais pretendeu realizar. Em uma sociedade que quer a ação do médico, mas que não viabiliza condições melhores para o seu exercício, a razão do

aparecimento do erro médico deve ser partilhada. Os elementos constitutivos da responsabilidade legal do médico no âmbito da justiça comum são: 1) o agente, 2) o ato profissional, 3) a ação culposa, 4) a existência de dano e 5) o nexo causal (Meira, 1985).

Falcão (1994) descreve a existência de quatro tipos de responsabilidade médica: ética, penal, civil e administrativa, podendo os quatro tipos estarem envolvidos, em conjunto, num único ato médico. As interfaces entre estas quatro modalidades jurídicas fazem com que alguns atos que configurem infrações éticas possam, também, caracterizar infrações penais, cíveis ou administrativas. Nestes casos, deve o médico responder pelo ato praticado em todas as instâncias cabíveis.

Na verdade, não são todas as infrações ao Código de Ética Médica que interessam ao Direito Penal, pois se aplica o princípio da reserva legal: *nullum crimen, nulla poena sine praevia lege* (Koerner, 1996).

Os médicos têm o direito de estabelecer o melhor tratamento para seus pacientes não cabendo aos juízes decidir se o tratamento foi “aceitável”, “costumeiro”, “comum” ou “habitual” entre um reputado grupo de médicos daquela especialidade e que isto é o principal ponto de discordância entre as Côrtes de justiça da Inglaterra e da Austrália desde a década de 1980 (Bates, 1995).

Não se pode confundir erro médico com iatrogenia. De acordo com Cervantes (1996), a iatrogenia é um fenômeno mundial, com estatísticas alarmantes em alguns países onde cerca de 80.000 mortes por ano são causadas por iatrogenia, nos Estados Unidos.

Steel e Colaboradores (1981) relatam que de 815 internações consecutivas, em um Hospital Geral Universitário norte-americano, em 36% delas estabeleceu-se o diagnóstico de doença iatrogênica. Em 9% de todos os pacientes

admitidos houve ameaça à vida ou produziu-se danos importantes. Em 2% dos 815 pacientes, a doença iatrogênica contribuiu para a morte, havendo forte relação com o uso de fármacos e seus efeitos adversos.

Através do *Harvard Medical Practice Study I*, 30.121 prontuários hospitalares de pacientes internados nos hospitais de New York/USA, durante o ano de 1984, foram revisados. Foram encontrados resultados adversos em 1278 pacientes hospitalizados (3,7%) e desses foi caracterizada negligência médica em 306 casos (27,6%). Existe uma quantidade substancial de danos causados aos pacientes por manuseio médico e muitas injúrias são devidas a um cuidado deficiente (Brennan e Colaboradores, 1991).

Leape (1994) cita o mesmo estudo e relata que, durante o ano de 1984, no Estado de New York/USA, aproximadamente 4% dos pacientes internados sofreram agravos à saúde durante a hospitalização, o que significa 98.609 pacientes somente no ano de 1984. Em aproximadamente 14% desses pacientes os danos foram fatais. Isto significa que 180.000 pessoas morrem a cada ano nos Estado Unidos em consequência de injúria iatrogênica, o que poderia ser comparado a 3 acidentes aéreos a cada 2 dias. Relata que tais casos, quando têm suas causas investigadas, na maioria das vezes, confirma-se que ocorrem por erro médico e que poderiam ter sido evitados.

Hiatt (1992) ao analisar este mesmo estudo (*Harvard Medical Practice Study I*), encontrou 1278 (3,7%) pacientes que sofreram efeitos adversos, definidos como injúria que resultou de uma intervenção médica e que levou a prolongamento da internação ou seqüela. Houve mais injúrias e mais negligência com os pacientes idosos, constatando-se mais injúrias em hospitais universitários do que em hospitais rurais, provavelmente porque os hospitais universitários realizam procedimentos de

maior risco em pacientes mais doentes, havendo menos negligência nos hospitais universitários.

Um estudo do Medicare (sistema previdenciário de saúde norte-americano), em 3 estados, com pacientes diabéticos, revelou que apenas 16% dos pacientes fizeram exame de hemoglobina glicosilada, 46% foram ao oftalmologista e 55% fizeram exame de colesterol, embora estes exames sejam recomendados para todos os pacientes diabéticos, anualmente, de acordo com a *American Diabetic Association* e o *American College of Physicians* (Voelker, 1996).

Nos Estados Unidos existe um limite máximo de 2 anos entre o dano e a apresentação da denúncia e, quando o preço da indenização é menor do que US\$50.000,00, os advogados não aceitam representar contra o médico. Relatórios dos estados de New York e Califórnia revelam que 0,8% a 1,0% de pacientes hospitalizados sofreram resultados adversos causados por negligência e cerca de 1/3 deles sofreram lesões permanentes ou morte. Extrapolando-se para 33.567.000 casos de hospitalizações ocorridas nos Estados Unidos durante o ano de 1991, haveriam de 90.000 a 336.000 possíveis demandas judiciais contra médicos geradas em apenas um ano. Durante o ano de 1990 foram feitas 28.000 demandas judiciais, o que representa apenas 1/3 das denúncias estimadas. Muitos fatores fazem os pacientes denunciarem seus médicos: 1) precária relação médico-paciente antes de sofrer a injúria, 2) conselhos dados por advogados pela televisão, 3) recomendações explícitas de prestadores de saúde e 4) a impressão de que não foram adequadamente informados (Huycke e Huycke, 1994).

Cook e Neff (1994) analisaram, através de questionário encaminhado e respondido por 179 médicos de Ontário/Canadá, o conhecimento e comportamento dos médicos canadenses a respeito da má-prática médica. As respostas revelaram que: 1) o problema do erro médico existe, 2) não é criado

somente por advogados inescrupulosos e expectativas irrealísticas dos pacientes e, 3) suas reputações ficam danificadas após uma denúncia de má-prática. Dodd e Dodd (1996) alegam que não existe nada que cause mais medo aos médicos do que a denúncia por má-prática.

Em debate publicado na revista *Postgraduate Medicine*, Annis e Nace (1994) relataram que um excessivo número de denúncias são feitas contra médicos em ausência de negligência e que na Flórida/USA, em 85% a 90% dos casos, os médicos são inocentados, embora cada um deles gaste em sua defesa cerca de US\$40.000,00. A proposta da justiça é compensar aquelas vítimas de erro médico e reconhecer que existem denúncias infundadas. Na Inglaterra, a lei manda os denunciantes pagarem todas as despesas, inclusive dos denunciados, em ausência de falta, existindo 3 tipos de alternativas na resolução jurídica de uma denúncia: 1) as partes envolvidas tentam resolver o problema, através de um acordo, fora do tribunal, 2) as partes encontram-se separadamente com um juiz (mediação) e 3) a arbitragem, que varia de Estado, onde pode ser feita com a presença de um médico, um advogado e um juiz. Na Flórida, um obstetra paga US\$186.000,00 e um neurocirurgião US\$220.000,00 por milhão de dólares de cobertura de seguro por ano. Os mesmos autores, informam, ainda, que a má-prática ocorre em cerca de 4% dos profissionais que foram denunciados por negligência.

Localio e Colaboradores (1991), através do *Harvard Medical Practice Study III*, analisaram 47 processos judiciais por má-prática médica entre os 30.121 prontuários hospitalares de pacientes internados nos hospitais de New York/USA, durante o ano de 1984. A taxa de processos foi de 0,13%. A litigância por má-prática médica infreqüentemente compensa os pacientes que sofreram danos por negligência médica e raramente identifica os descuidos na assistência médico-hospitalar.

Na Argentina, dados estatísticos do *Sistema de Ayuda Profesional* referentes à problemática da responsabilidade civil e penal dos médicos, revelou que, no período compreendido entre 1990 a 1994, na área do IX Distrito do Colégio de Médicos de Buenos Aires/Argentina (2.770 médicos em atividade), duplicou o número de consultas feita pelos médicos ao Departamento Jurídico, em relação ao conjunto de consultas dos anos anteriores. Tais consultas foram igualmente provenientes de médicos do serviço público quanto de profissionais autônomos e liberais. Segundo Mendoza e Colaboradores (1994), as demandas penais são o dobro das causas cíveis, embora seja provável que a vitória na causa penal desencadeie o processo civil.

Sloan e Colaboradores (1995) referem que demandas judiciais por má-prática médica são numerosas quando relacionadas à obstetrícia. Citam o *The Survey of Obstetrical Care* e o *Florida Vital Statistic*, conduzidos na Flórida/USA, onde analisam os óbitos fetais. Observaram que o aumento de litigância relacionado aos óbitos fetais não modificou a prática médica local nem os resultados foram ameaçados por este aumento.

Um grande número de queixas por erro médico são geradas por poucos médicos negligentes e, se isso for verdade, tais médicos podem ser identificados, reabilitados ou eliminados da prática médica. Entretanto as denúncias envolvem um grande número de médicos e certas especialidades têm um risco maior de sofrerem queixas do que outras (Charles e Colaboradores, 1992).

Gardiol (1994) conceitua má-prática como prática inábil ou imprópria, e comenta os dados fornecidos pelo *The New York Jury Verdict Reporter*, em 1992, específicos de má-prática em câncer de mama, onde 94% dos casos eram referentes a demora em estabelecer o diagnóstico e um único caso por má-prática terapêutica. Este autor menciona que, ainda sobre câncer de mama, as

especialidades médicas envolvidas nas denúncias foram: ginecologia-obstetrícia - 41,0%; medicina interna - 30,7%; cirurgia geral - 12,8%; radiologia - 7,7% e dermatologia, osteopatia e cirurgia plástica - 2,6%.

Montoya e Colaboradores (1993a) apresentam o resultado de um estudo de 40 casos de demanda judicial em ginecologia/obstetrícia, entre janeiro de 1987 e agosto de 1990, em Santiago do Chile. Este estudo mostrou que houve um aumento progressivo de demandas desde 1987 com 10 casos, 1988 com 30 casos, 1989 com 62 casos e até agosto de 1990 com 40 casos, totalizando 142 denúncias. Do total de denúncias, 35,2% foram relacionadas à ginecologia/obstetrícia. Relatam que, no Chile, o médico sofre duas ações judiciais, penal e civil, e nos Estados Unidos sofre somente a ação civil para ressarcimento dos danos causados. Afirmam que a penalização ocorre desde o início do processo, mesmo que 5 a 6 anos depois seja julgado inocente, pois o médico já foi julgado pela mídia e pela população, especialmente em localidades menores.

Falcão (1994) apresenta os dados de sua dissertação de Mestrado, onde 1.722 denúncias deram entrada no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) entre Janeiro de 1988 a Março de 1993. Desse montante, 256 (14,8%) transformaram-se em processos ético-profissionais, dos quais foram cassados 9 médicos, sendo 5 por venda de atestados médicos falsos, 3 por imperícia, imprudência ou negligência e um por conivência com a tortura, sendo que a metade dos processos foi arquivada por falta de provas.

6. OS CONSELHOS DE MEDICINA

Os primeiros médicos que chegaram ao Brasil datam do século XVI, através de expedições colonizadoras. Até o século XVIII a Medicina foi exercida por barbeiros, cirurgiões-barbeiros, parteiras e físicos. Havia, nesta época, o cirurgião-

mor ou físico-mor do reino que tinha poderes de fiscalizar e ditar normas sobre a saúde pública e o exercício da medicina. Eram concedidas, por Portugal, cartas ou diplomas de habilitação, o que permitia a licença para o exercício profissional. Já havia, nesta época, a possibilidade de apenações como a suspensão ou multa contra os infratores (Falcão, 1994).

No Brasil-colônia a preocupação principal foi com a habilitação profissional. Com a fundação das duas primeiras faculdades de medicina, na Bahia, em 1808, e no Rio de Janeiro 9 meses depois, houve substancial melhora no padrão de medicina exercida, com a chegada de médicos formados em faculdades européias.

Somente a partir da fundação das sociedades médicas, em meados do século XIX, foi possível um enfoque sobre a formação do médico e controle da abertura de novas escolas médicas.

A partir do final da década de 1920, com o crescimento do movimento sindical, foi possível a implantação de um Código de Deontologia Médica já adotado pelos médicos norte-americanos. Em 1931, o Ministério da Educação e Saúde aprovou este código.

Os conselhos de médicos foram criados na França em 1941 e foi acompanhado da elaboração do Código de Deontologia. Na França, tal qual ocorre no Brasil, a intervenção do Estado é tradicional no que concerne à repressão penal (Auby, 1996).

Em 1945, o decreto-lei 7.955 criou o Conselho Federal de Medicina provisório que não obteve o apoio da categoria por não representá-la. Em 30 de setembro de 1957, atendendo à principal reivindicação da classe médica e garantindo aos médicos o controle exclusivo sobre suas atividades, o Presidente

Juscelino Kubitschek, também médico, criou os Conselhos Federal e Regionais de Medicina, através da lei 3.268.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CREMESC) foi criado pela Resolução CFM nº 001/57, de 17 de Dezembro de 1957, e iniciou suas atividades, através de designação de Diretoria Provisória, em março de 1958. Esta Diretoria provisória promoveu a eleição do Primeiro Corpo de Conselheiros, cujo mandato estendeu-se até 30 de Setembro de 1963.

Os Conselhos de Medicina foram constituídos para executarem a missão estatal, sem vínculo com a administração pública, de tutelarem a sociedade coibindo eventuais práticas profissionais distorcidas (Kriger Filho, 1997), sendo órgãos representativos da classe médica, punindo os maus profissionais. O CRM assim age em conformidade com a lei: supervisionando, fiscalizando, normatizando e disciplinando a atividade médica.

A responsabilidade ética dispõe de legislação específica e sua competente jurisdição: o Código de Ética Médica e os Conselhos de Medicina, e todos os médicos devem seguir as normas de conduta consignadas no referido código. Cabe aos Conselhos de Medicina, de acordo com a legislação vigente, a supervisão da ética profissional, disciplinando, julgando a categoria e punindo-a quando necessário (Falcão, 1994).

7. OS PROCESSOS ÉTICO-PROFISSIONAIS

A partir da nova Constituição Federal, editada em 1988, o país passou a viver uma nova consciência social, e a sociedade começou a exercer o seu direito de cidadania. A população passou a cobrar das autoridades públicas o mínimo direito à saúde (como um dever do Estado e um direito do cidadão) dentre outros e,

como as instituições públicas não estavam preparadas para bem atender a população, as queixas de mal atendimento voltaram-se contra os médicos.

Os médicos, não estando prontos para também exercerem cidadania, calaram-se e aceitaram trabalhar em ambientes sem as mínimas condições para o exercício da medicina. Associada aos baixos salários e remunerações pagas aos servidores da saúde, a crise se estabeleceu e houve, nos últimos 6 anos, um aumento considerável de denúncias e Processos Ético-Profissionais (PEPs) demandados contra os médicos nos Conselhos Regionais de Medicina (comunicação pessoal dos Presidentes de CRMs de outros Estados da Federação, 1996).

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, vive-se um verdadeiro caos na atenção à saúde do cidadão brasileiro: sucateamento dos hospitais pertencentes à rede pública, baixos salários dos servidores, remuneração irrisória pelos procedimentos ambulatoriais e hospitalares, corrupção, gerenciamento político dos recursos em nível municipal e estadual e a falta de financiamento adequado compõem o quadro propício para o estabelecimento e justificativa para o aumento da demanda ético-judicial contra médicos. Por isso, a função institucional dos conselhos de medicina revela-se fundamental para coibir os abusos e para normatizar o exercício ético-profissional dos médicos, como, também, alertar as autoridades na área da saúde de suas obrigações e aos médicos, os seus direitos.

Identificados pela população como co-autores da má assistência de saúde recebida, avolumam-se as denúncias contra os médicos nos Conselhos de Medicina, onde essas denúncias são analisadas pelos conselheiros relatores e, quando transformadas em PEPs, julgadas pelo Tribunal de Ética (Ferrari, 1984).

Uma das atribuições mais difíceis do CREMESC é compor um Tribunal de Ética Médica para julgamento dos Processos Ético-Profissionais (PEPs) após acolhimento das denúncias e a instrução dos mesmos.

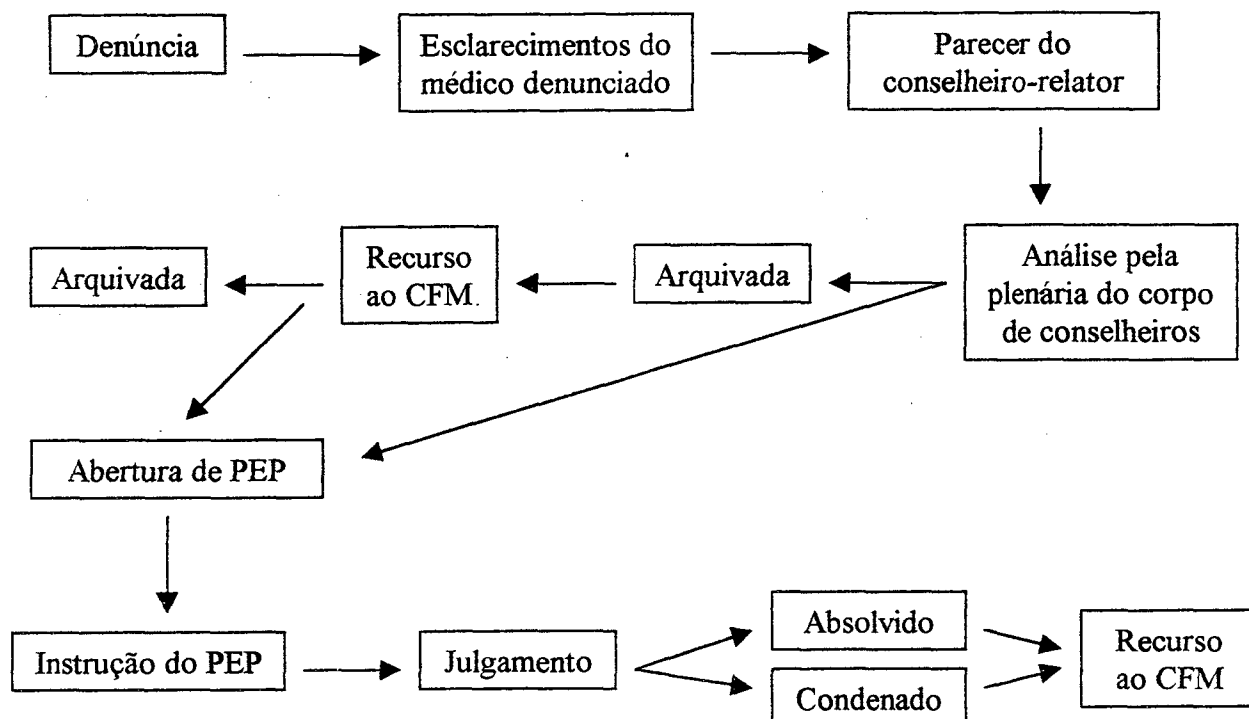
O Processo Ético-Disciplinar é um ato de três pessoas (*actum trium personam*). Duas dessas pessoas são interessadas e partes na causa - os agentes em litígio, aqui representados pelo denunciante e denunciado. A terceira pessoa - o Conselho - que não é parte interessada, deve mostrar-se imparcial no sentido de que o resultado venha favorecer uma ou outra parte. Seu interesse é que o processo chegue à verdade dos fatos discutidos e à justeza da decisão, fundamentado no direito, na veracidade das provas e na isenção de quem julga (França e França Filho, 1997).

Após o recebimento da denúncia é iniciada uma sindicância com a solicitação de esclarecimentos ao médico denunciado, verificação do prontuário do paciente e, muitas vezes, é solicitada a participação da comissão de ética médica (cem) do hospital. Um relatório circunstanciado é elaborado por um conselheiro-relator que faz a leitura do mesmo em sessão plenária do Corpo de Conselheiros, que decidirá pelo arquivamento da denúncia ou pela abertura de PEP.

Após a abertura do competente PEP é feita a oitiva do denunciante, denunciado e testemunhas de ambas as partes. Somente após a instrução do processo é marcada a data do julgamento, onde denunciante e denunciado terão a oportunidade de sustentarem oralmente suas teses de acusação e defesa, respectivamente. O julgamento do PEP é feito de portas fechadas, podendo participar somente as partes e os conselheiros. A decisão tomará a forma de acórdão e será encaminhada posteriormente aos interessados. Independente do resultado do julgamento, as partes litigantes poderão entrar com recurso junto ao Conselho Federal de Medicina que terá o papel de confirmar ou reformar a decisão

do Conselho Regional. O fluxograma abaixo mostra as etapas desde a acolhida da denúncia até o julgamento do PEP.

FLUXOGRAMA



Aos médicos condenados em PEPs regulares, a Lei 3.268/57 determina, em seu artigo 22, as seguintes penas disciplinares:

- a) Advertência confidencial em aviso reservado;
- b) Censura confidencial em aviso reservado;
- c) Censura pública em publicação oficial;
- d) Suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias;
- e) Cassação do exercício profissional, "*ad referendum*" do Conselho Federal.

8. A PRÁTICA MÉDICA EM SANTA CATARINA

Em relação ao quantitativo de médicos, nos dias de hoje, Santa Catarina encontra-se em equilíbrio, em comparação com outros estados da Federação. No tocante à distribuição de médicos, relação médico/habitante e taxa de crescimento anual médico/população, nosso Estado destaca-se como o que tem a melhor distribuição geográfica de médicos e uma adequada relação médico/habitante. Isto faz com que Santa Catarina seja procurada por médicos formados em outros estados da Federação.

A OMS recomenda 1 médico para 1.000 habitantes. Dados obtidos de Machado (1997), ao final de 1996, mostram Santa Catarina com 1 médico para 1.067 habitantes, considerando que haviam 5.522 médicos ativos (exercendo regularmente a medicina) até dezembro de 1996. No Brasil a relação é de 1 médico para 710 habitantes e, desproporções são verificadas no Rio de Janeiro (1 médico para 306 habitantes). Em nossos estados vizinhos a relação é de 1 médico para 561 habitantes no Rio Grande do Sul e de 1 médico para 897 habitantes no Paraná.

Com somente 2 faculdades de medicina, o nosso Estado oferece 144 vagas/ano. Os estados vizinhos mostram os seguintes números: Rio Grande do Sul

com 10 Faculdades e oferta de 958 vagas/ano e o Paraná com 6 Faculdades e oferta de 430 vagas/ano.

Dos médicos em atividade (que estão regularmente inscritos e que efetivamente atuam em nosso Estado) até dezembro de 1996, em Santa Catarina, 35,9% (1986 médicos) eram formados pelas 2 faculdades de medicina locais, 28,3% (1564 médicos) formaram-se no Rio Grande do Sul, 16,4% (907 médicos) no Paraná, 9,0% (502 médicos) no Rio de Janeiro, 2,8% (153 médicos) em São Paulo e 1,1% (61 médicos) formaram-se em faculdades estrangeiras. Os médicos formados fora de Santa Catarina totalizam 64,1%.

Dados obtidos do setor de fiscalização do CREMESC, mostram que em algumas regiões do Estado, como o meio-oeste e extremo-oeste, mais de 70% e cerca de 80% dos médicos tem origem, respectivamente, em faculdades de medicina do Rio Grande do Sul.

A taxa de crescimento anual de médicos é, na Região Sul, mais que o triplo da taxa de crescimento populacional por ano (4,91% e 1,36% respectivamente). Em Santa Catarina as taxas são: 3,19% de crescimento anual de médicos e 2,05% de crescimento anual da população.

A alta taxa de crescimento anual de médicos tem contribuído não só para uma formação técnica deficiente, como também para um excesso de oferta de mão de obra, o que poderia justificar um maior aviltamento da profissão e um aumento na demanda de denúncias e PEPs contra médicos.

Outro fator importante para justificar os descaminhos da conduta ética do médico é sua deficiente formação ético-humanística no período de graduação (Gomes, 1996). Tal período é o momento propício para moldar o caráter profissional com valores e princípios essenciais, visando uma conduta profissional que tenha como objetivo o bem estar do paciente. Há absoluta concordância entre os

professores de medicina que a disciplina de ética médica deva fazer parte do currículo mínimo nos cursos de graduação em medicina. A dificuldade maior é estabelecer qual é o melhor período acadêmico para implantar o ensino da disciplina.

Souza e Dantas (1985) mostraram que o ensino da deontologia médica concentrava-se no 8º e 9º períodos, sugerindo a formação específica de professores em ética médica.

Informações obtidas em trabalho publicado por Meira e Cunha (1994), das 79 escolas existentes à época, todas tinham disciplinas de ética, embora apenas 24% concentravam o ensino da ética médica nos três primeiros anos do curso médico.

Em Santa Catarina, o curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Florianópolis, tem a disciplina de Ética na primeira fase com 36 horas-aula, Medicina Legal e Ética na nona fase com 54 horas-aula e a disciplina optativa de Medicina Legal II, a partir da décima fase com 54 horas-aula. Na Faculdade de Medicina da Fundação Universidade de Blumenau (FURB), em Blumenau, existe a disciplina de Ética Médica no quarto período com 45 horas-aula.

A CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) publicou, recentemente, seu relatório geral envolvendo os anos de 1991 a 1997, concluindo que *"o curso médico deve contemplar as dimensões biológica, psíquica e social do ser humano em sintonia com sua historicidade"*. Observou que a estrutura curricular é inadequada à realidade de saúde da população, oferecendo formação humanística deficiente, predominantemente tecnocêntrica e com excesso de conteúdos teóricos.

II. OBJETIVOS

Interrogações sobre o perfil do denunciante e do médico denunciado, o que motivou a denúncia, onde as infrações ocorreram, quais os percentuais de denúncias, de PEPs, de condenações e absolvições em relação ao montante de médicos ativos, quais os artigos do Código de Ética Médica mais infringidos, quantos médicos infringiram o artigo 29 (imperícia, imprudência e negligência) do referido código e outras questões, sempre inquietaram a mente dos médicos que atuam nos Conselhos Regionais de Medicina como julgadores.

Pretendemos determinar quais as características comportamentais do médicos condenados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, em um período de 39 anos (de março de 1958 a dezembro de 1996).

Especificamente, queremos conhecer o comportamento dos médicos diante das denúncias transformadas em PEPs, que foram encaminhadas ao CREMESC e que resultaram em condenações. Os pontos principais a serem discutidos são: 1) a origem e local de ocorrência das denúncias, 2) distribuição geográfica do número de condenações, 3) o perfil comportamental dos médicos condenados quanto à idade, sexo, tempo de formado e especialidade, 4) os artigos do Código de Ética Médica mais infringidos, 5) as infrações ao artigo 29 do Código de Ética Médica (erro médico) e 6) as apenações mais freqüentes.

III. MATERIAL E MÉTODO

A metodologia utilizada foi de caráter exploratório, histórico e descritivo. O período analisado estendeu-se de março de 1958 a dezembro de 1996, perfazendo o total de 39 anos. Optou-se por iniciar o levantamento dos dados a partir de março de 1958 porque o Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina foi criado pela Lei 3.268, em 30 de setembro de 1957 e começou, efetivamente, a funcionar em março de 1958, através de designação de Diretoria Provisória.

Os dados foram levantados através de leitura das atas das Sessões Plenárias e de Diretoria, com o intuito de identificar as denúncias, os denunciantes e os denunciados e se houve ou não abertura de Processo Ético-Profissional (PEP). As mesmas atas informaram o julgamento dos PEPs com as respectivas condenações ou absolvições.

Neste levantamento inicial, sobre as denúncias recebidas pelo CREMESC, observamos tratar-se de uma população dicotomizada em duas classes: denúncias arquivadas e as não arquivadas. Optamos em estudar as denúncias acolhidas e transformadas em PEPs, pois apresentavam indícios de infração ética e representavam cerca de 40% do total de denúncias recebidas em 39 anos. Do total de PEPs abertos optamos em analisar os que foram efetivamente julgados e resultaram em condenações de médicos, entendendo que com a condenação houve a comprovação do delito ético.

Promoveu-se, então, a quantificação dos dados pelo número de denúncias/ano, PEPs/ano, número de denunciados e processados/ano e o número de condenações e absolvições/ano. Estudou-se, também, as penalidades aplicadas aos médicos infratores comparando-as por períodos de 10 em 10 anos. Além disso, foi feito o cálculo porcentual do número de denúncias, PEPs, denunciantes,

denunciados, condenados e absolvidos em relação ao número de médicos ativos em cada ano.

Foram calculados os percentuais diferenciais por sexo, idade, tempo de formado, formação universitária, especialidade registrada no CREMESC e, também, por artigos do Código de Ética Médica (CEM) infringidos e pela quantidade de vezes que os mesmos foram violados. No período compreendido pelo estudo (1958 - 1996) vigoraram 3 códigos de ética diferentes e as infrações éticas comprovadas foram transportadas para o Código de Ética Médica de 1988, em pleno vigor, uniformizando-as.

Buscou-se, ainda, formar um perfil comportamental do médico infrator ao Código de Ética, no intuito de estabelecer as principais causas das infrações cometidas.

Por último, foi feita uma discussão geral sobre as peculiaridades da atividade profissional dos médicos brasileiros, sistema de controle e penalização das infrações éticas e apresentação de possíveis formas de evitá-las.

IV. RESULTADOS

1. AS DENÚNCIAS

Notou-se que somente 12 anos após a criação do CREMESC é que ocorreram as primeiras denúncias. Em 1969 foram recebidas 3 denúncias e apenas 1 delas foi acolhida, tornando-se o primeiro Processo Ético-Profissional da história médica de Santa Catarina. Este PEP envolveu um único médico que foi julgado e absolvido.

Nos anos de 1971, 1978 e 1979 não foram oferecidas denúncias ao CREMESC. A partir de 1988 observou-se um aumento acentuado no número de denúncias e de PEPs. As denúncias praticamente duplicaram em 1996 em relação ao ano de 1995 (figura 1).

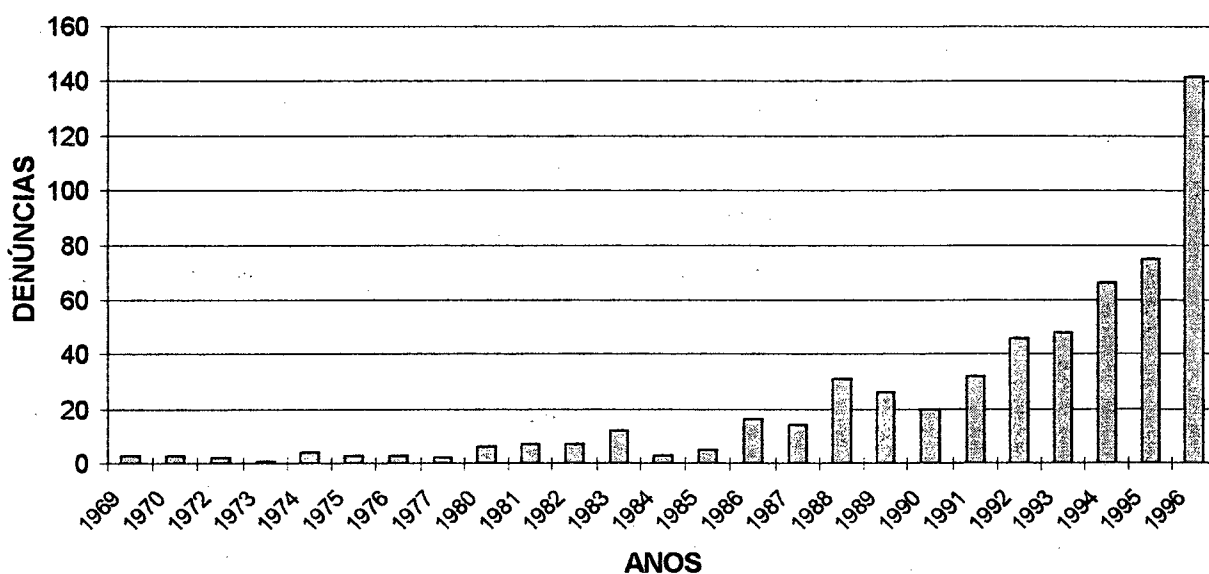


Figura 1. Número de denúncias no período estudado, desde 1969 a 1996.

Com o aumento acentuado de denúncias nos últimos anos, houve, conseqüentemente, aumento do número de PEPs abertos, mantendo-se a média de 40 a 50% de denúncias transformadas em processos éticos.

Ao fazer-se o cálculo porcentual do número de denúncias pelo número de médicos ativos em cada ano, observou-se um aumento proporcional ao longo dos anos (figura 2).

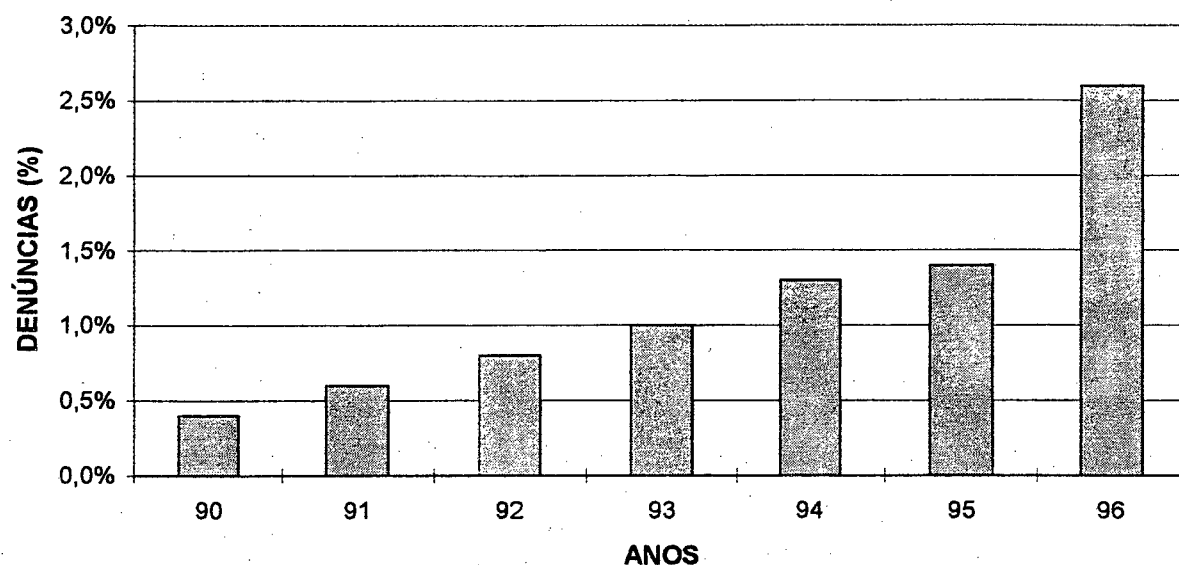


Figura 2. Crescimento porcentual das denúncias (número de denúncias/número de médicos) no período de 1990 a 1996.

No total foram apresentadas 577 denúncias, sendo que 283 (49,0%) foram recebidas nos últimos 3 anos (1994 a 1996) e 429 (74,3%) de 1990 até 1996, ou seja, nos últimos 7 anos ocorreram 75% do total de denúncias apresentadas ao CREMESC e em torno da metade de todas as denúncias foram oferecidas nos 3 últimos anos (figura 1).

2. OS DENUNCIANTES

Os denunciadores foram agrupados em categorias de acordo com a sua origem: pacientes, médicos, Poder Judiciário, polícia, secretarias municipais e estadual de saúde, direções clínicas e comissões de ética médica, entidades médicas e outras (Conselho Regional de Enfermagem - COREN, Ordem dos Advogados do Brasil - OAB, etc.) e *ex-officio* - ação movida pelo próprio corpo de

conselheiros do CREMESC ao tomar conhecimento de fatos possivelmente anti-éticos através da imprensa ou de outras fontes (figura 3).

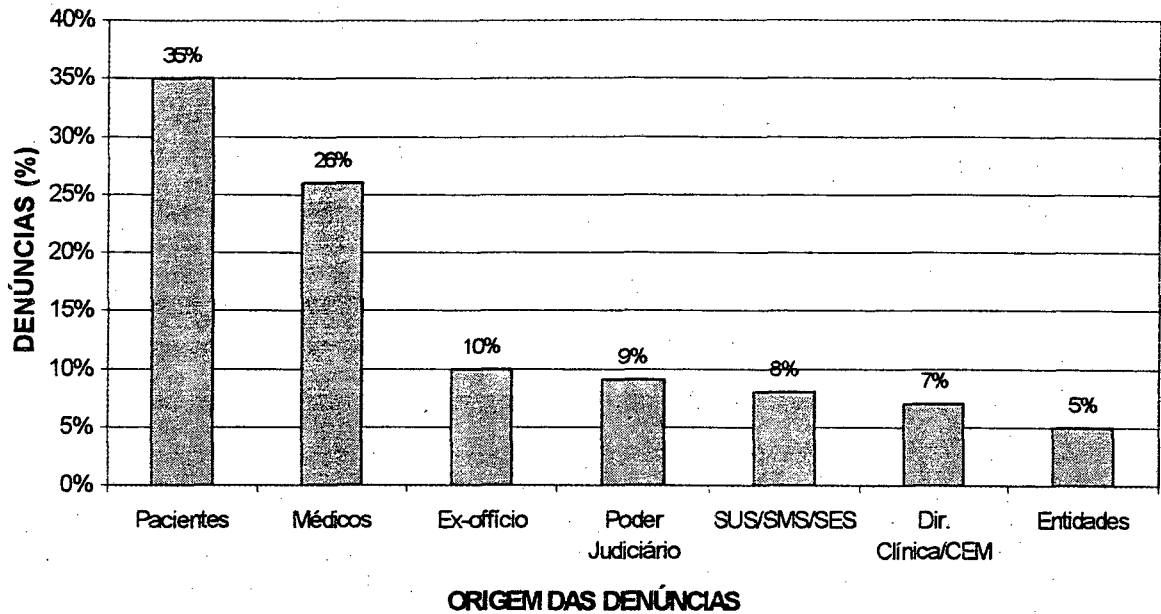


Figura 3. Denúncias (em porcentagem) que geraram processos ético-profissionais, de acordo com suas origens.

Do total de denúncias, 43% tiveram origem no meio médico (médicos, ex-offício, direção clínica e comissões de ética médica) e 57% foram originadas por outros setores da sociedade. De uma forma geral, foi notado que a maior parte das denúncias originou-se de pacientes (35%).

3. PROCESSOS ÉTICO-PROFISSIONAIS

Do total de 577 denúncias, 252 delas (43,9%) foram transformadas em PEPs, envolvendo 322 médicos processados (42,9%) do total de 750 médicos denunciados. Nos últimos 5 anos (1992 - 1996) surgiram 272 denúncias e foram abertos 152 PEPs (60,3% dos 252 PEPs abertos nos 39 anos de existência do CREMESC). Em 35 anos de atuação (1958 - 1991) o CREMESC abriu e julgou

39,7% do total de PEPs. Na figura 4 observa-se a quantidade de PEPs e médicos julgados por períodos de 10 em 10 anos.

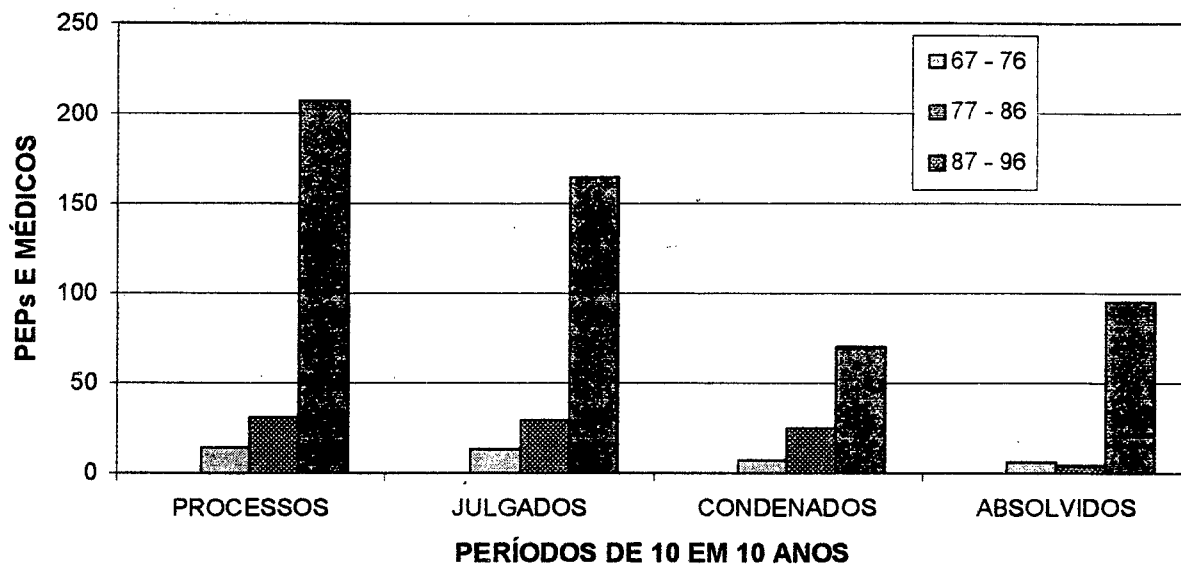


Figura 4. Número de PEPs instaurados e de médicos julgados, condenados e absolvidos nos períodos de 1967-76, 1977-86 e 1987-96. No período de 1957-66 não houve nenhuma denúncia.

O ano com o maior número de PEPs instaurados foi 1996, com o total de 48 PEPs e 58 médicos envolvidos.

Até 31 de dezembro de 1996 aguardavam julgamento 76 PEPs sendo 1 de 1992, 3 de 1993, 6 de 1994, 23 de 1995 e 43 de 1996.

Da mesma forma do que as denúncias, não foram instaurados PEPs até 1969 e, também, nos anos de 1971, 1978 e 1979.

Considerando-se períodos de 5 em 5 anos de atuação do CREMESC, observa-se que o período de 1992 a 1996 apresentou o maior número de médicos julgados e absolvidos (figura 5).

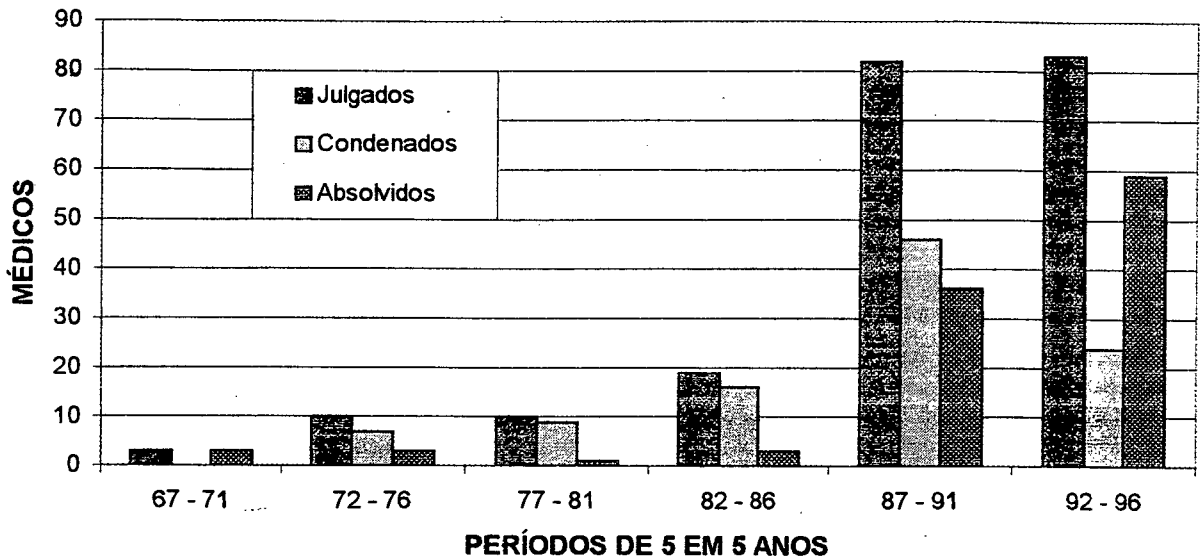


Figura 5. Médicos julgados, condenados e absolvidos por períodos de 5 em 5 anos. Nos períodos de 1957-1961 e 1962-1966 não houve julgamentos, condenações ou absolvições.

As atividades do CREMESC de 10 em 10 anos mostram o número de médicos julgados, condenados e absolvidos (figura 6).

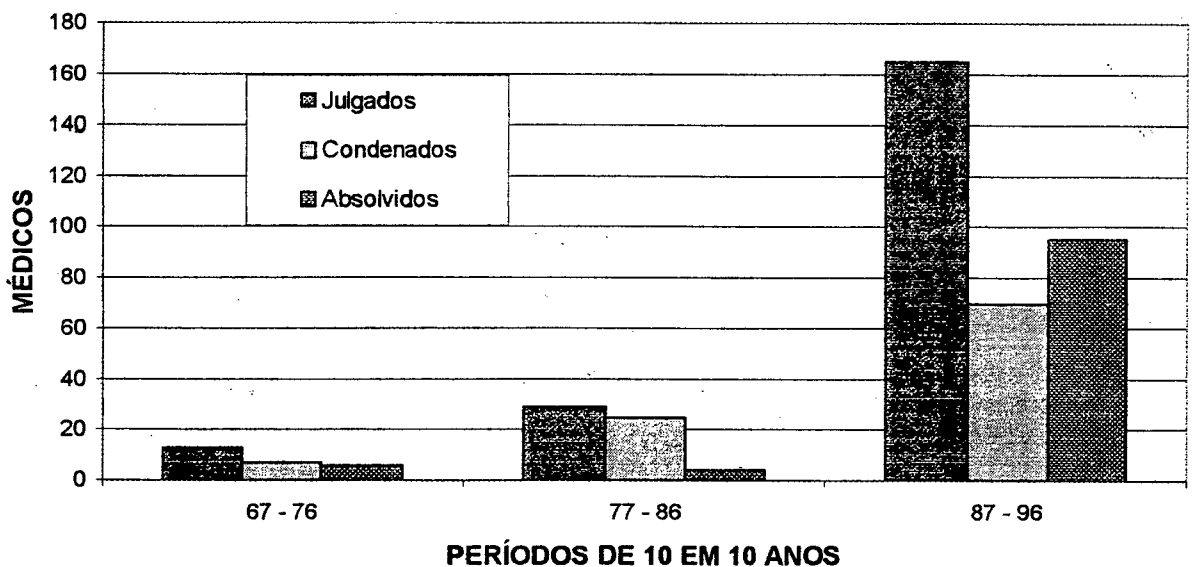


Figura 6. Total de médicos julgados, condenados e absolvidos por períodos de 10 anos de atividade do CREMESC. No período de 1957 a 1966 não houve julgamentos, condenações ou absolvições.

Considerando-se, cumulativamente, o número de médicos em atividade em Santa Catarina (5.522 até dezembro de 1996) e o número de médicos julgados (208) e de condenados (103), em 39 anos, verifica-se que correspondem a 3,8% e 1,8% respectivamente, do total de médicos.

Os PEPs foram divididos em 2 categorias: PEPs julgados e arquivados. Durante todo esse período, 14 PEPs, envolvendo 18 médicos, foram arquivados pelos seguintes motivos: falecimento do denunciado, acordo entre as partes litigantes ou por desistência do denunciante. 76 PEPs encontram-se ainda em fase de instrução processual ou aguardando julgamento.

Até dezembro de 1996, 162 PEPs (64,3%) foram à julgamento, envolvendo 208 médicos. Desse montante, foi notado que 105 médicos foram absolvidos e 103 foram condenados (50,5% e 49,5% respectivamente). Em 78 PEPs os médicos foram absolvidos, em 81 foram condenados e em 3, por haver mais de um médico envolvido, houve condenações e absolvições.

Em 39 anos de existência do CREMESC, foi notado que 103 médicos foram condenados e receberam as seguintes penalidades: letra A - advertência confidencial: 32 médicos (31,0%); letra B - censura confidencial: 38 médicos (36,9%); letra C - censura pública: 23 médicos (22,4%); letra D - suspensão até 30 dias: 06 médicos (5,8%) e letra E - cassação do diploma: 04 médicos (3,9%). Dos 4 médicos cassados pelo CREMESC, 3 deles tiveram os PEPs anulados pelo CFM, por irregularidade processual, e um teve sua pena mantida.

A figura 7 mostra a distribuição porcentual das penalidades.

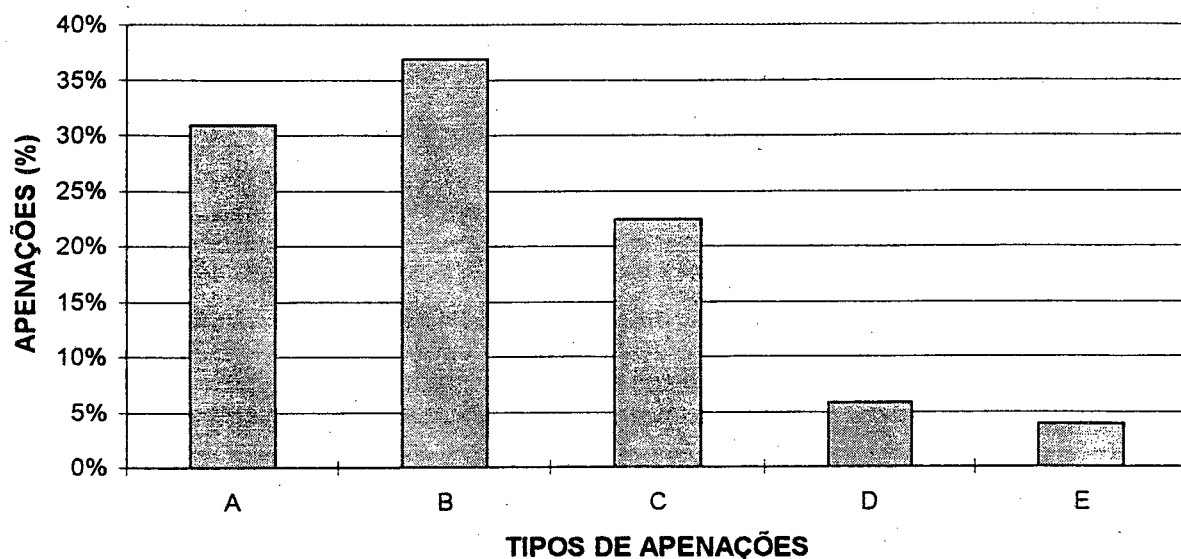


Figura 7. Porcentual de apenações aplicadas aos 103 médicos infratores, de acordo com o previsto na Lei 3.268/57.

Se compararmos as apenações aplicadas a cada período de 10 anos observamos o mesmo fenômeno estatístico já referido previamente (figura 8).

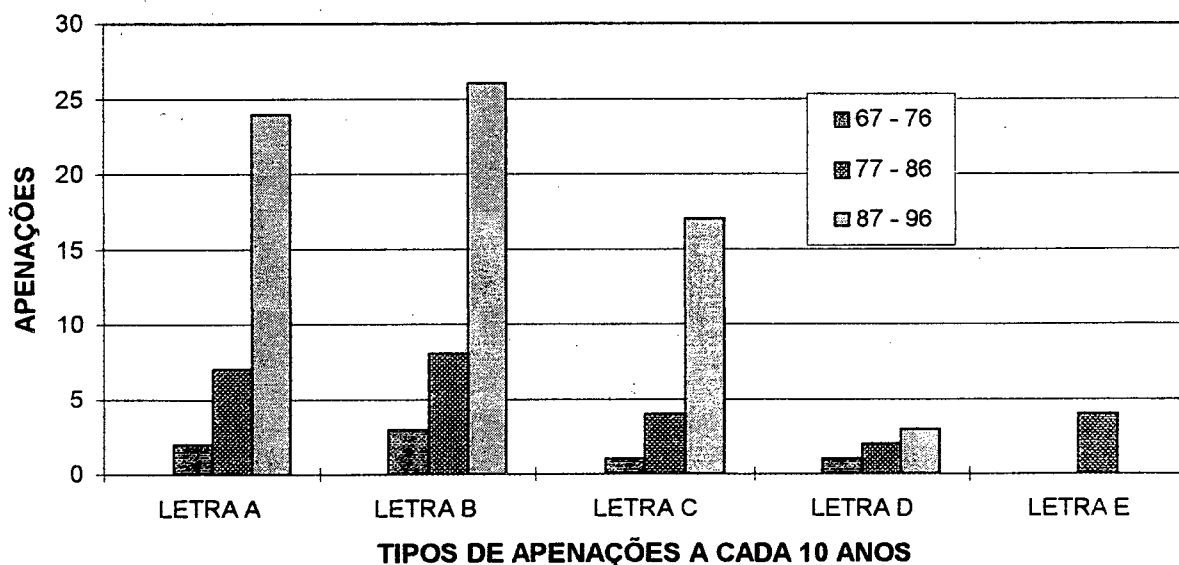


Figura 8. Evolução das apenações aplicadas nos períodos de 1967-76, 1977-86 e 1987-96. No período de 1957-66 não foram abertos PEPs.

4. LOCAL DE OCORRÊNCIA DAS DENÚNCIAS QUE RESULTARAM EM CONDENAÇÕES

As denúncias que transformaram-se em PEPs e que julgados resultaram em condenações foram analisadas quanto ao local de ocorrência das mesmas: hospitais, consultórios, ambulatórios e outros locais. Em relação aos hospitais, foi verificado o setor de ocorrência: emergência, centro cirúrgico, enfermaria e administração.

Notou-se que até o fim da década de 80 predominaram as denúncias oriundas de consultórios e, na década de 90 houve substancial aumento das denúncias originadas nos setores de emergência dos hospitais.

Nas 103 condenações analisadas verificou-se que 55 delas (53,4%) tiveram origem em hospitais, 33 (32,0%) em consultórios, clínicas e ambulatórios e 15 (14,6%) em outras fontes, tais como publicidade irregular, declarações inadequadas à imprensa, etc. (figura 9).

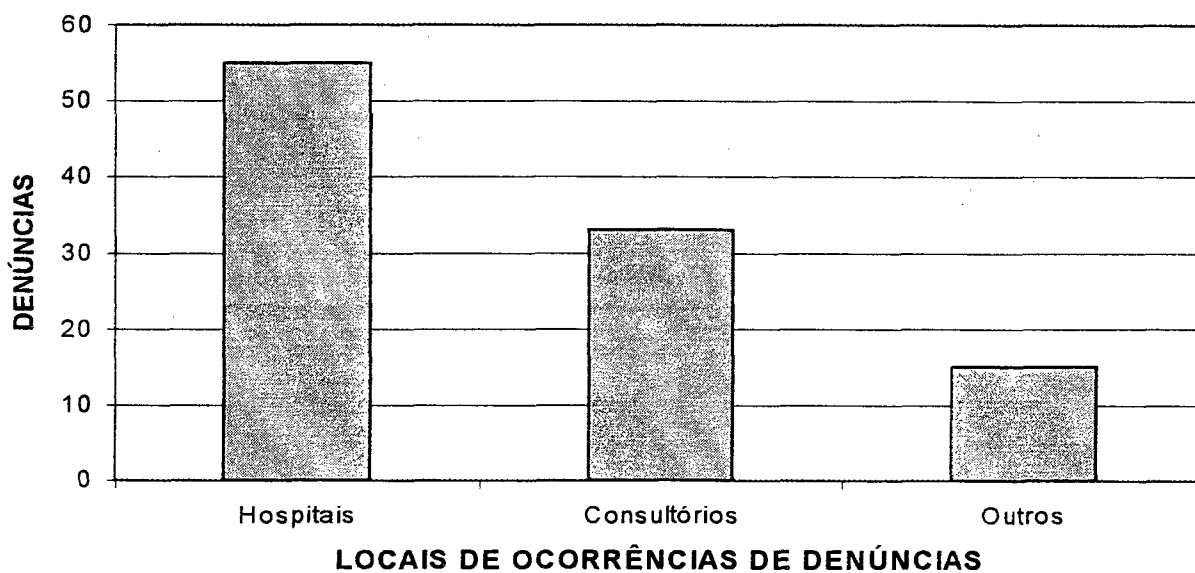


Figura 9. Locais de ocorrências das denúncias que resultaram em condenações.

Das 55 denúncias originadas em hospitais, verificou-se que 31 das condenações (56,4%) ocorreram por fatos gerados no setor de emergência; 12 (21,8%) no centro cirúrgico; 7 (12,7%) em enfermaria e 5 (9,1%) no setor administrativo (figura 10).

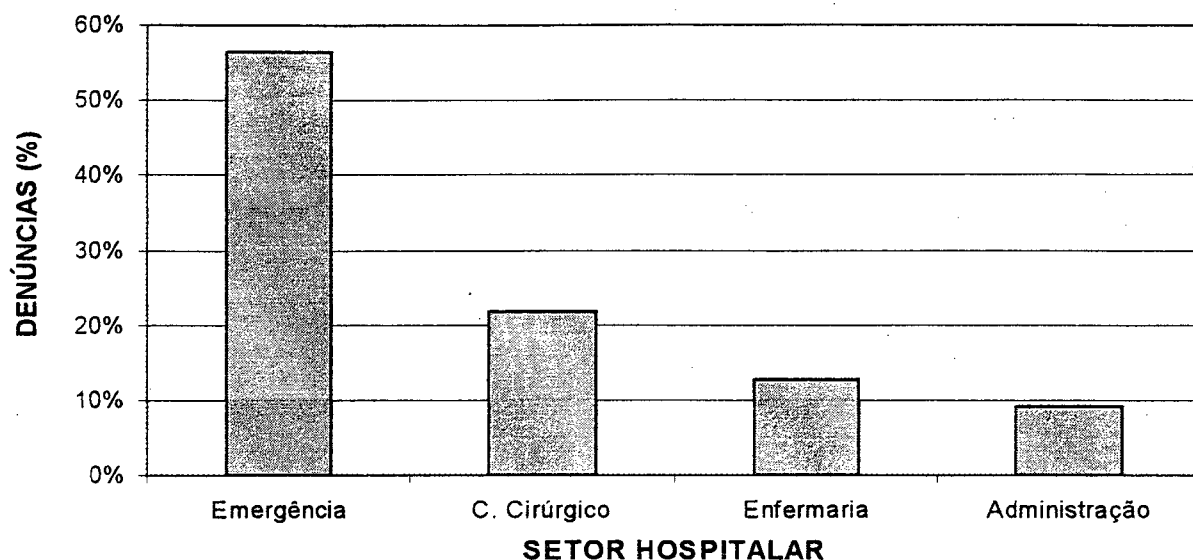


Figura 10. Setores hospitalares onde ocorreram as denúncias que resultaram em condenações.

5. ORIGEM GEOGRÁFICA DAS CONDENAÇÕES

O CREMESC está dividido em 17 Delegacias Regionais, tendo sido considerada a Grande Florianópolis como a sede do Conselho (décima-oitava regional).

As denúncias que foram transformadas em PEPs e que resultaram em condenações de 103 médicos infratores tiveram sua origem em diversas regiões de Santa Catarina. A média geral do número de condenações pelo total de médicos em atividade, cumulativamente, em Santa Catarina, foi de 1,83%. Cada região apresentava, até dezembro de 1996, o seguinte quantitativo de médicos, respectivos infratores e percentual do número de médicos infratores por médicos

ativos, cumulativamente, ou seja em atividade até dezembro de 1996, em cada regional do CREMESC (tabela 1).

Tabela 1. Delegacia Regional, médicos condenados e porcentual referente ao número de médicos condenados em relação ao número total de médicos em atividade, cumulativamente, por região.

DELEGACIA DO CREMESC	MÉDICOS	CONDENAÇÕES	PORCENTUAL
Joinville	740	21	2,8%
Florianópolis	1677	16	0,9%
Araranguá	77	11	14,3%
Itajaí	291	10	3,4%
Blumenau	584	8	1,4%
Concórdia	94	7	7,4%
Chapecó	221	6	2,7%
Rio do Sul	139	6	4,3%
Xanxerê	74	4	5,4%
Joaçaba	144	4	2,8%
Tubarão	215	3	1,4%
Criciúma	256	2	0,8%
Mafra	56	2	3,6%
Porto União	95	1	1,0%
S. M. Do Oeste	94	1	1,1%
Lages	190	1	0,5%
Canoinhas	56	nenhuma	-
Curitibanos	56	nenhum processo	-
TOTAL	5059*	103	2,0%

*463 médicos não foram localizados em nenhuma delegacia, por falta de dados cadastrais.

6. PERFIL DO MÉDICO CONDENADO NO CREMESC

Os 103 médicos condenados foram estudados quanto à idade, tempo de formado, faculdade de medicina de origem, sexo e especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina.

6.1. Idade

A média das idades verificadas foi de 41,8 anos. O mais idoso, ao tempo da denúncia, tinha 73 anos e o mais jovem 27 anos.

A faixa etária que concentrou maior número de condenações foi a compreendida entre 31 a 40 anos (43 médicos ou 41,7%) e a que obteve menor número foi a de mais de 60 anos (6 médicos ou 5,8%). Somando-se a faixa etária de 31 - 40 anos (41,7%) com a de 41 - 50 anos (36 médicos ou 34,9%) obteve-se a grande maioria das condenações (76,6%).

As faixas etárias abaixo de 30 anos e entre 51 e 60 anos apresentaram o mesmo percentual de 8,7%, ou seja, 9 médicos cada uma (figura 11).

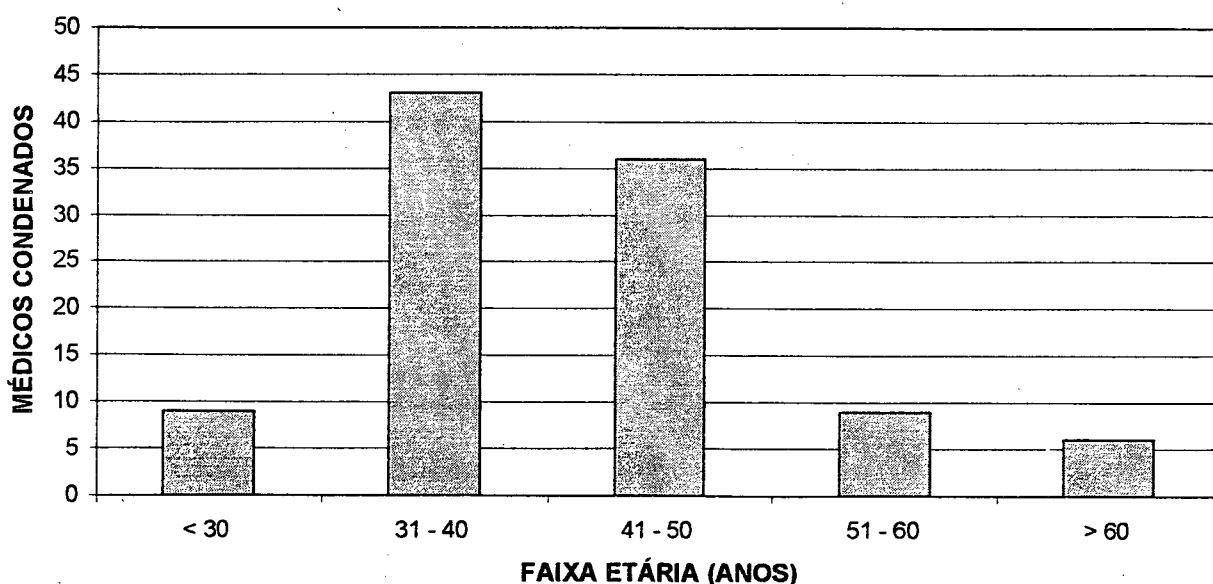


Figura 11. Número de médicos condenados, de acordo com a faixa etária (anos).

6.2. Faculdade de medicina de origem

Ao analisarmos a origem escolar dos 103 médicos condenados verificamos que 33 médicos (32,0%) graduaram-se no RS; 23 (22,3%) no PR; 20 (19,4%) em SC; 19 (18,4%) no RJ e 2 (1,9%) em SP, observados os 5 estados com maior contingente de médicos em Santa Catarina. Os médicos formados em faculdades estrangeiras contribuíram com 2 (1,9%) profissionais apenas (figura 12).

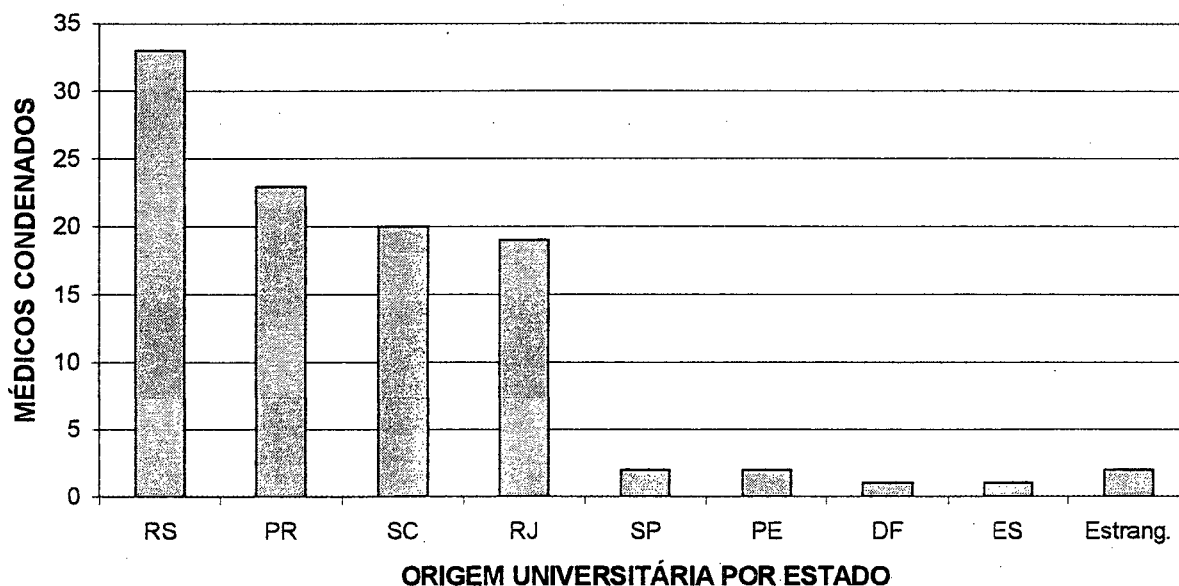


Figura 12. Médicos condenados por faculdade de origem.

O ajuste proporcional feito com o número de médicos condenados por Estado de origem com o total de médicos oriundos do mesmo estado, em atividade em Santa Catarina, revelou que os médicos oriundos do Espírito Santo mostram, cumulativamente, o percentual mais elevado de condenações: 16,6%. Estes foram secundados pelos médicos de Pernambuco (5,5%), Distrito Federal (5,2%), Rio de Janeiro (3,8%), estrangeiros (3,3%), São Paulo (2,8%), Paraná (2,5%) e Rio Grande

do Sul (2,1%). Os médicos formados em Santa Catarina apresentaram o índice de 1,0% (figura 13).

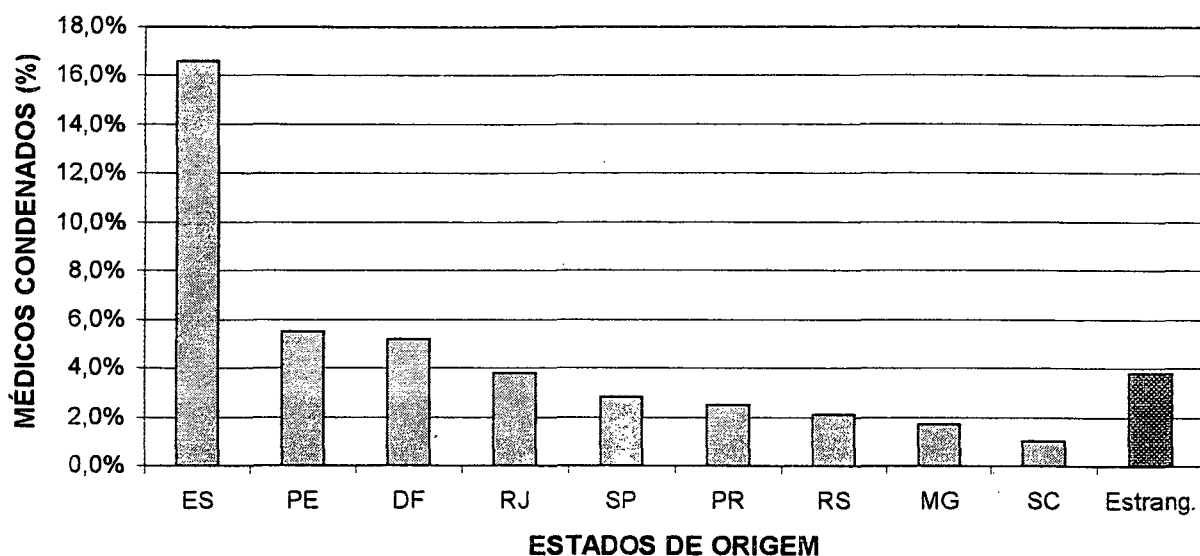


Figura 13. Ajuste proporcional entre os médicos apenados por estado de origem e o total dos médicos ativos com origem no mesmo estado.

6.3. Tempo de prática médica

O médico com menor tempo de prática médica, entre os médicos condenados, apresentava apenas 3 anos de formado e o com maior tempo tinha 46 anos de prática. As penalidades aplicadas a estes médicos foram: suspensão do exercício profissional por 30 dias e cassação do diploma, respectivamente.

A média do tempo de prática foi de 14,6 anos.

Ao analisarmos o tempo de prática médica dos 103 médicos apenados pelo CREMESC verificamos que 1/3 dos mesmos encontravam-se entre 5 e 10 anos (34,0%). Estes foram seguidos pelos que tinham 11 a 15 anos (22,3%), 16 a 20 anos (18,4%), 21 a 25 anos (7,8%), 26 a 30 anos (6,8%), abaixo de 5 anos (5,8%) e com mais de 30 anos (4,9%) de prática médica (figura 14).

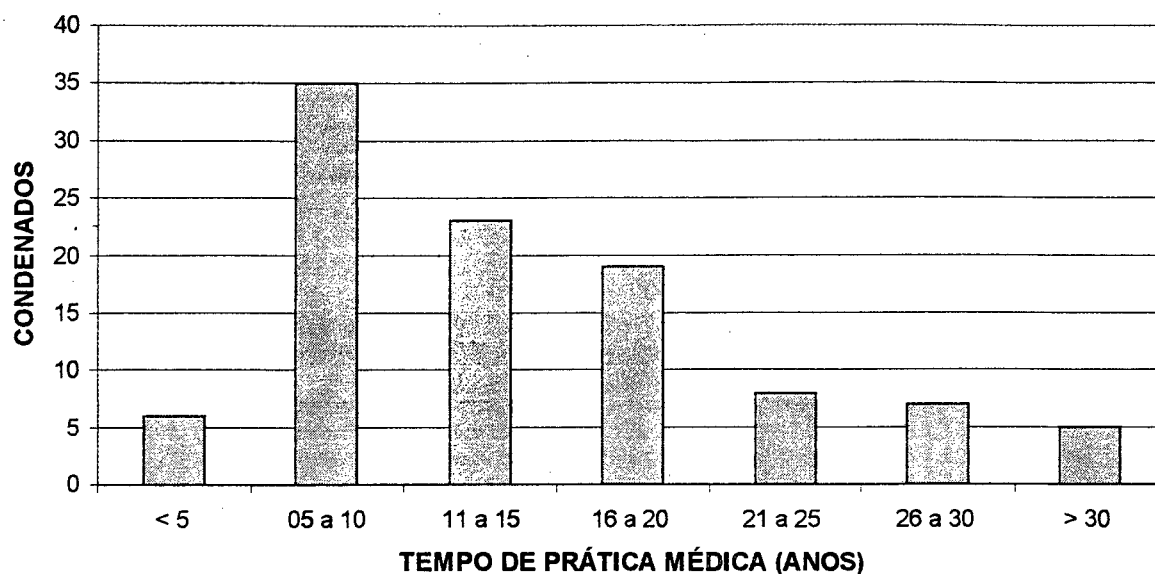


Figura 14. Número de médicos condenados, de acordo com o tempo de prática médica, à época da condenação.

6.4. Especialidade declarada ou registrada no CRM

Dos 103 médicos condenados, 41 (39,0%) deles não tinham o título de especialista registrado ou não declararam nenhuma especialidade. Os outros 62 (60,2%) médicos declararam a especialidade em que atuavam ou comprovaram

seus títulos de especialista. A figura 15 mostra a distribuição das apenações, de acordo com as especialidades declaradas ou registradas no CREMESC.

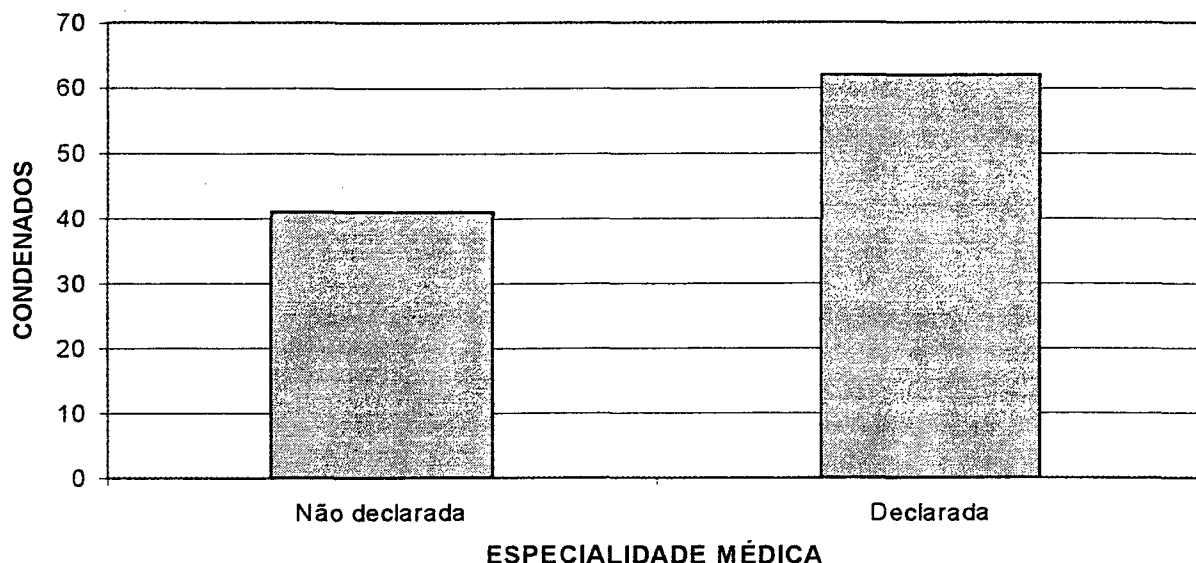


Figura 15. Número referente ao total de especialistas, declarados ou registrados no CREMESC, entre os médicos apenados.

Das especialidades declaradas ou registradas (62) observamos que a ginecologia/obstetrícia foi a especialidade médica que mais contribuiu com apenados (14 ou 22,6%), seguida pela anestesiologia (13 ou 20,9%). A cirurgia geral e a oftalmologia tiveram o porcentual de 11,3% cada uma delas (7 de cada). Depois apareceram a pediatria (6 ou 9,7%), neurocirurgia (5 ou 8,0%), radiologia e medicina interna (2 ou 3,2%, cada uma) e outras especialidades que contribuíram com 1,6% cada uma: otorrinolaringologia, nefrologia, cardiologia, urologia, geriatria e medicina do trabalho (figura 16).

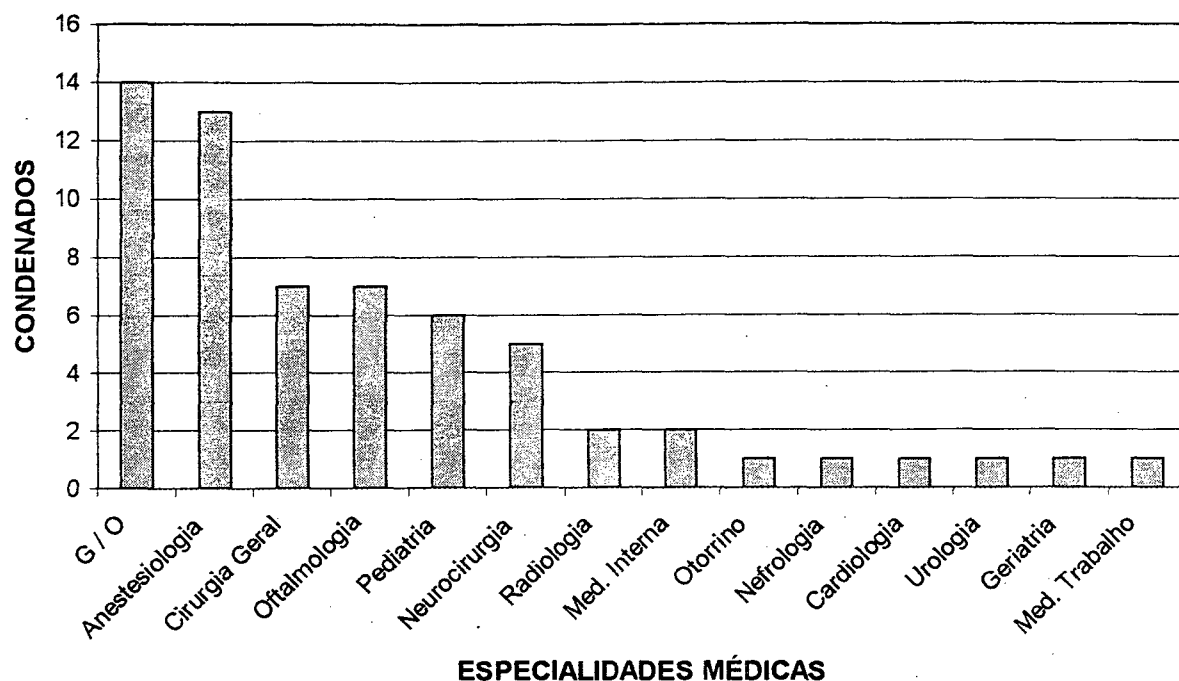


Figura 16. Número de médicos condenados em relação à especialidade registrada ou declarada no CREMESC.

6.5. Sexo

Ao analisarmos o número de mulheres médicas denunciadas, julgadas e condenadas verificamos que o número é bastante reduzido, mais evidenciado fazendo-se o ajuste proporcional pelo quantitativo de médicas em atividade em nosso Estado.

Do total de 750 médicos denunciados nos últimos 39 anos, 703 eram homens e 47 mulheres (93,7% e 6,3% respectivamente). Ao fazermos o ajuste proporcional pelo número de médicos (4.233 ou 76,7%) e médicas (1.289 ou 23,3%), em plena atividade, encontramos os seguintes percentuais para denúncias: 16,6% e 3,6% respectivamente. Ou seja, os médicos foram 4,6 vezes mais denunciados do que as médicas.

Do total de médicos (308) e médicas (14) envolvidos em PEPs, embora nem todos julgados, encontramos os percentuais de 7,2% para médicos e

1,1% para médicas, após o ajuste proporcional. Desse modo, os resultados indicam que os médicos estiveram 6,5 vezes mais envolvidos em PEPs do que as médicas.

Considerando-se os profissionais já julgados, observamos que 200 eram homens e 8 eram mulheres, com os respectivos percentuais: 4,7% e 0,6%, mostrando que os médicos foram julgados 7,8 vezes mais do que as médicas (figura 17).

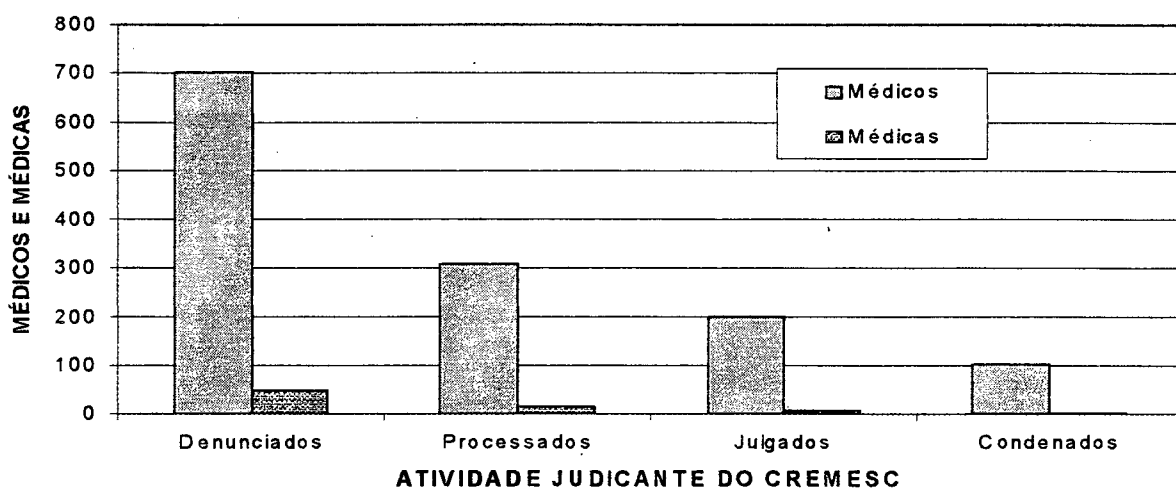


Figura 17. Quantitativo de médicos e médicas denunciados, processados, julgados e condenados no CREMESC.

Ao analisarmos as condenações verificamos que 101 eram médicos (98,0%) e apenas 2 eram médicas (1,9%). Aplicando-se o ajuste proporcional, em relação ao total de médicos e médicas em atividade, encontramos 2,4% e 0,1%, respectivamente. Desta forma, constata-se que os médicos foram condenados 24 vezes mais do que as mulheres médicas (figura 18).

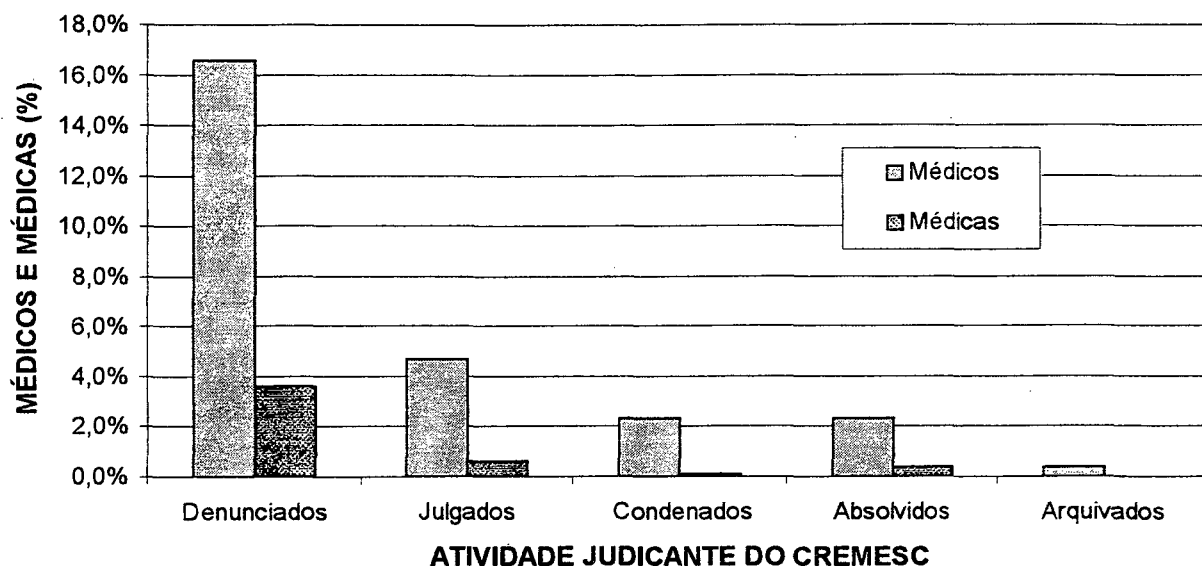


Figura 18. Diferença por sexo, após ajuste proporcional pelo total de médicos ativos de cada sexo, entre os médicos denunciados, julgados, condenados, absolvidos e arquivados.

6.6. Capítulos e artigos do Código de Ética Médica mais infringidos

Nos 81 PEPs julgados e que resultaram em condenação de 103 médicos, encontramos a violação de 74 artigos do Código de Ética Médica infringidos 268 vezes, com uma média de 3,6 artigos infringidos por PEP e 2,6 artigos infringidos por cada médico condenado.

De acordo com a figura 19, os artigos do Código de Ética Médica (CEM) mais infringidos foram: artigo 4º (23 vezes), artigo 19 (18 vezes), artigo 29 (15 vezes), artigo 2º (10 vezes) e o artigo 45 (10 vezes).

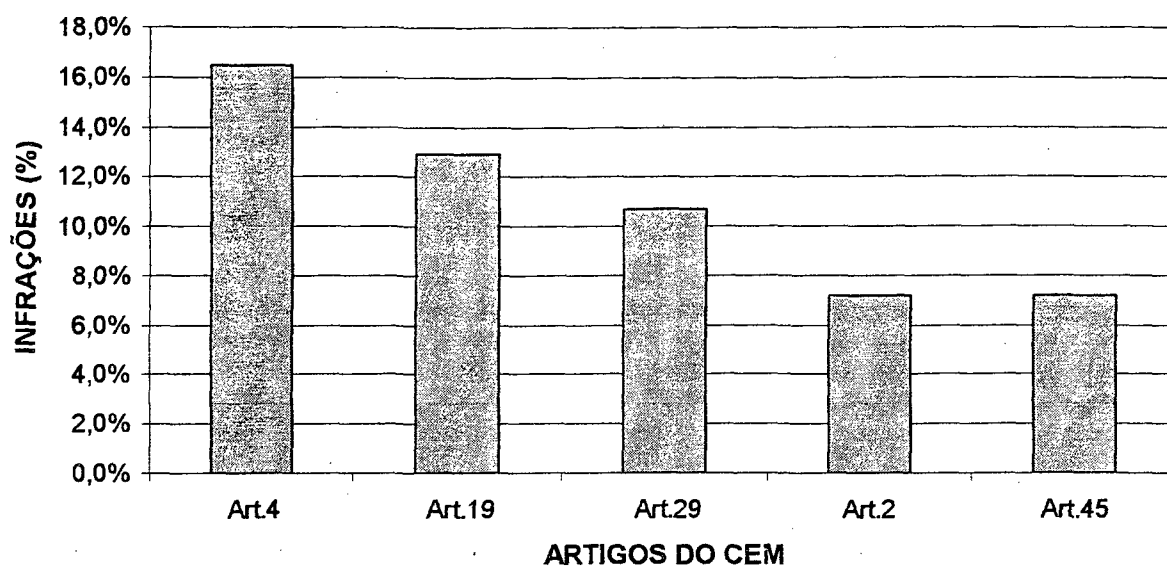


Figura 19. Infrações (em porcentagem) dos cinco artigos do Código de Ética Médica (CEM) mais infringidos pelos médicos.

6.6.1. Os capítulos mais infringidos

Capítulo i - Princípios Fundamentais

Foi o capítulo mais violado (27,8%) e os seus 19 artigos existentes (que correspondem a 13,5% do CEM) foram 74 vezes infringidos.

Capítulo II - Direitos do Médico

Compreende 9 artigos (6,42% do CEM) que por se tratarem de direitos dos médicos, podem ou não ser utilizados pelos mesmos. Entretanto, encontramos um único médico condenado em um artigo (0,37%) específico deste capítulo e em outros artigos de outros capítulos.

Capítulo III - Responsabilidade Profissional

Este capítulo, com 17 artigos (12,1% do CEM), foi o segundo mais infringido (73 vezes ou 27,4% do total das citações), especialmente o artigo 29, que foi infringido 23 vezes. Com efeito, o artigo 29 diz o seguinte:

"É vedado ao médico: praticar atos danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência".

Capítulo IV - Direitos Humanos

Os 10 artigos que compõem este capítulo (7,14% do CEM) foram infringidos em 18 citações (6,8% do total das citações).

Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares

É composto por 10 artigos (11,4% do CEM) que foram citados 20 vezes (7,5% do total de citações).

Capítulo VI - Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos

Este capítulo é formado por 4 artigos (2,85% do CEM) e nenhum deles (72, 73, 74 e 75) foi violado.

Capítulo VII - Relações entre Médicos

Formam este capítulo 10 artigos (7,14% do CEM), que foram citados 27 vezes (10,1% do total das citações).

Capítulo VIII - Remuneração Profissional

É composto por 16 artigos (11,4% do CEM) que foram citados 29 vezes (10,9% do total das citações).

Capítulo IX - Segredo Médico

É composto por 8 artigos (5,7% do CEM) e somente três artigos (1,12%) foram infringidos (artigos 102, 104 e 108).

Capítulo X - Atestado e Boletim Médico

Compõem este capítulo 8 artigos (5,7% do CEM) e somente 3 artigos foram citados (3,0% do total das citações), embora 1 deles 6 vezes.

Capítulo XI - Perícia Médica

É composto de 4 artigos (2,85% do CEM) e todos os artigos foram citados (1,5% do total das citações) uma única vez (25,0% cada um).

Capítulo XII - Pesquisa Médica

É composto por 9 artigos (6,42% do CEM) e somente 1 artigo foi citado (0,38% do total das citações) uma única vez (100% das citações do capítulo).

Capítulo XIII - Publicidade e Trabalhos Científicos

É composto por 10 artigos (7,14% do CEM) que foram citados 10 vezes (3,75% do total das citações).

A tabela 2 e a figura 20 mostram o número total de artigos mais infringidos do CEM e o valor percentual correspondente.

Tabela 2 - Capítulos do CEM mais infringidos e o valor porcentual correspondente, em Santa Catarina, de 1958 a 1996.

CAPÍTULOS DO CEM	NÚMERO DE VEZES INFRINGIDO	PORCENTUAL
I. Princípios Fundamentais	74	27,6%
II. Direitos do Médico	1	0,4%
III. Responsabilidade Profissional	73	27,2%
IV. Direitos Humanos	18	6,7%
V. Relação com Pacientes e Familiares	20	7,5%
VI. Doação e Transplante Órgãos/Tecidos	Zero	0,0%
VII. Relações entre Médicos	27	10,1%
VIII. Remuneração Profissional	29	10,8%
IX. Segredo Médico	3	1,1%
X. Atestado e Boletim Médico	8	3,0%
XI. Perícia Médica	4	1,5%
XII. Pesquisa Médica	1	0,4%
XIII. Publicidade e Trabalhos Científicos	10	3,7%
TOTAL	268	100,0%

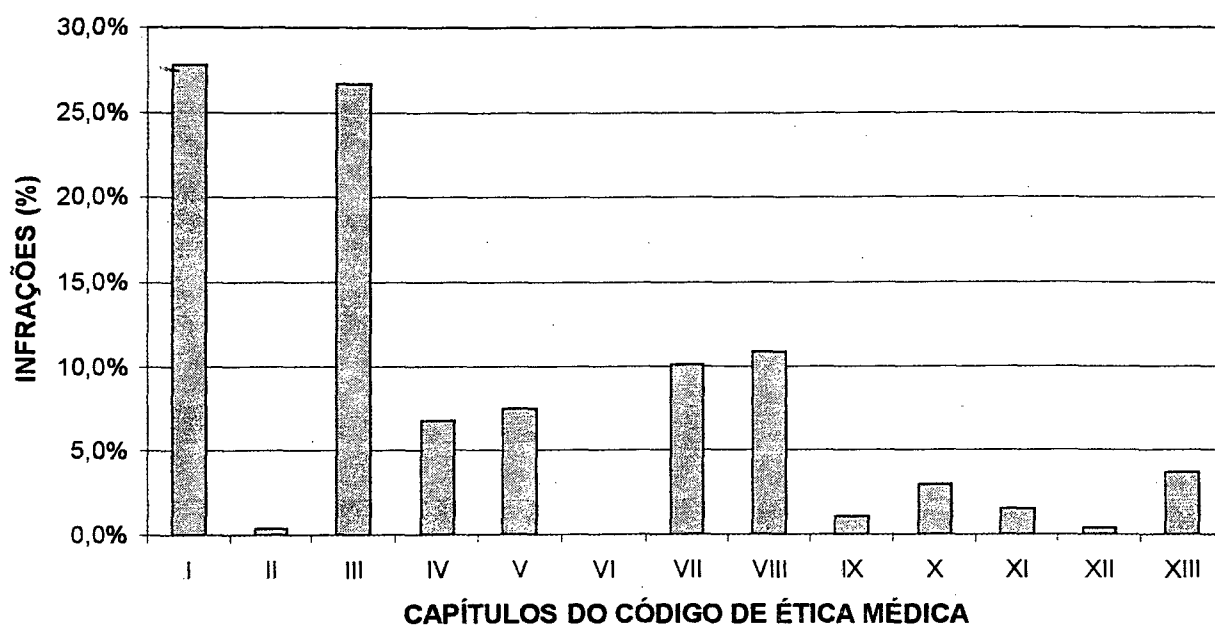


Figura 20. Capítulos do Código de Ética Médica mais infringidos em relação ao número total de citações.

6.6.2. Artigos do CEM que não foram infringidos

Dos 140 artigos do CEM passíveis de infração, 66 artigos não receberam nenhuma citação por não terem sido violados. São eles: 3º, 5º, 7º, 8º, 11, 12, 13, 14, 16, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 32, 40, 41, 56, 61, 63, 64, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 83, 84, 90, 91, 94, 100, 101, 103, 105, 106, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 137, 138, 139 e 140.

Desta forma, apenas 74 artigos foram violados, num total de 268 citações, com uma média de 3,6 citações por artigo.

6.6.3. Artigos do CEM mais infringidos

A seguir relacionamos os artigos que foram mais violados e seus respectivos percentuais em relação aos 74 artigos infringidos (tabela 3).

Tabela 3 - Artigos do CEM mais infringidos, em relação ao total dos artigos infringidos (74 artigos).

ARTIGOS	NÚMERO DE VEZES INFRINGIDOS	PORCENTUAL
Art. 4º	23	31,1%
Art. 19	18	24,3%
Art. 29	15	20,3%
Art. 2º e 45	10	13,5%
Art. 9 e 44	9	12,2%
Art. 42 e 62	8	10,8%
Art. 39, 43, 80 e 98	7	9,4%
Art. 87 e 110	6	8,1%
Art. 81, 57 e 76	5	6,7%
Art. 17, 36, 85 e 95	4	5,4%

Cada artigo foi relacionado com o número de vezes em que foi infringido (figura 21).

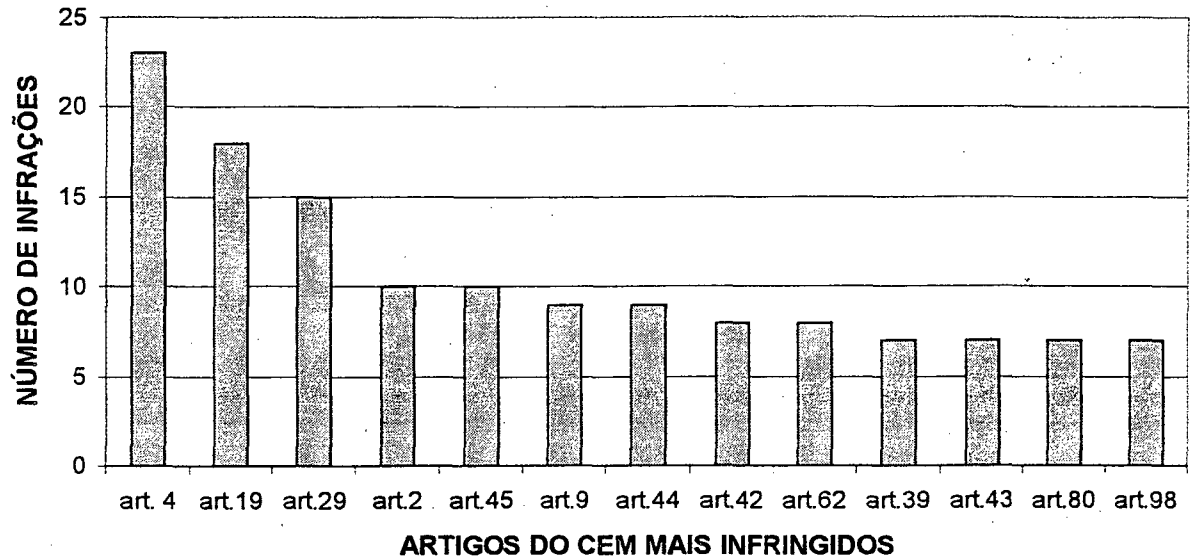


Figura 21. Artigos do Código de Ética Médica mais infringidos.

6.7. Erro médico

O único artigo do Código de Ética Médica que caracteriza o erro médico é o artigo 29, pois fala literalmente em imperícia, negligência e imprudência.

Dos 103 médicos condenados somente 15 médicos (14,6%) foram capitulados neste artigo.

V. DISCUSSÃO

Santa Catarina vive uma condição exemplar, em comparação com outros estados da federação, no tocante à distribuição de médicos, relação médico/habitante e taxa de crescimento anual médico/população. Isto faz com que médicos de outros estados, com pletora de faculdades de medicina e de médicos, para cá se dirijam e aqui se estabeleçam.

Vários autores, como Assad (1993), D'Acampora e Corrêa (1996), França (1995b), Gomes (1996), Zampieri e Moreira (1995), relatam que o aumento do número de médicos tem contribuído não só para uma formação deficiente como também para um excesso de oferta de mão de obra médica, o que justificaria um maior aviltamento da profissão e um aumento na demanda de denúncias e Processos Ético-Profissionais contra médicos.

Tal demanda revelou-se fenomenal em todos os CRMs (conforme comunicações pessoais de presidentes de CRMs, 1996) e, especialmente, no Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CREMESC), onde foi possível constatar, através de um levantamento retrospectivo de sua atividade judicante, em um período de 39 anos (1958 a 1996), que se trata realmente de um fenômeno, tanto do ponto de vista estatístico como social. Tem sido advogado, como causadora da mudança de comportamento da sociedade brasileira, a promulgação da nova Constituição Brasileira, em 1988, muito embora seja uma constatação mundial o aumento de denúncias contra médicos, de acordo com a literatura mundial revisada, onde Hiatt (1992), Jacobson (1989), Cervantes (1996), Fenn e Colaboradores (1994) e outros confirmam estes dados.

Denúncias

Nossos dados, compilados ano a ano, revelam que, na década de 60, um único ano (1969) apresentou 3 denúncias para cada mil médicos. Na década de 80 esse número dobrou e culminou com 1,4 denúncias por ano para cada 100 médicos em 1995 e 2,6 denúncias por ano para cada 100 médicos em 1996. A taxa de PEPs por ano para cada 100 médicos saltou de 0,47 em 1986 para 0,86 em 1996.

Observamos que, nos últimos anos, surgiram em vários Estados do Brasil, associações de vítimas de erro médico, o que pode ter motivado um aumento de denúncias.

Falcão (1994) considerou bastante significativo o aumento de denúncias oferecidas ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), onde foi verificado 267 denúncias em 1988, 428 denúncias em 1991 e 524 denúncias em 1992.

Mesmo assim nossos números ainda encontram-se discretos em relação ao ocorrido com os EUA e Grã-Bretanha.

Hiatt (1992) revela que na década de 60 havia uma denúncia por ano para cada 100 médicos e 18 denúncias por ano para cada 100 médicos na metade dos anos 80, nos Estados Unidos.

A *Public Citizen's Health Research Group*, uma organização privada norte-americana, revelou que o número de médicos que tiveram suas licenças revogadas, suspensas ou a prática restringida aumentou de 1.974 em 1992 para 2.190 em 1993, ou seja um aumento de 11% em somente um ano (Cervantes, 1996).

Hickson e Colaboradores (1992) informam que as denúncias por erro médico aumentaram muito nos últimos 30 anos e que antes de 1960 as queixas

eram raras e, espera-se que mais do que 7 de cada 100 médicos a cada ano, sofram denúncias por erro médico.

Dados obtidos, confidencialmente, de organizações de defesa dos médicos, na Austrália, indicam que houve estabilização das taxas de denúncias contra médicos no período de 1988 a 1991, e entre os médicos especialistas (especialmente ginecologistas, anesthesiologistas e neurocirurgiões) aumentou o medo de serem processados (Bates, 1995).

Jacobson (1989) revela que houve um aumento considerável de denúncias contra médicos, nos Estados Unidos a partir dos anos 70 até meados dos anos 80, com discreta diminuição no fim desta década, mostrando que entre 1975 e 1985 o número de queixas, por cada 100 médicos, mais que dobrou, enquanto entre 1976 e 1981 as denúncias contra ginecologistas e obstetras triplicaram. Informa que a análise de veredictos judiciais condenatórios em San Francisco/Califórnia e em Cook County/Illinois em dois períodos distintos (1975 a 1979 e 1980 a 1984) triplicaram e quintuplicaram, respectivamente.

Dados do *National Health System*, da Grã-Bretanha, revelam que entre 1990 e 1991 houve entre 5.419 a 6.979 denúncias novas, 1.564 a 1.636 denúncias que foram julgadas e pagas e entre 20.888 a 22.290 denúncias a serem julgadas. Ajustando os dados por médicos que trabalham em hospitais, tempo dedicado ao trabalho e tempo de formado foi encontrada a taxa de 10,5 denúncias por 100 médicos, mostrando semelhança com a taxa de 13 por 100 médicos nos Estados Unidos (Fenn e Colaboradores, 1994).

Localio e Colaboradores (1991), através do *Harvard Medical Practice Study III*, analisaram 47 processos judiciais por má-prática médica entre os 30.121 prontuários hospitalares de pacientes internados nos hospitais de New York/USA, durante o ano de 1984, constatando uma taxa de processos de 0,13%.

No final da década de 1980, o *British Medical Defense Organizations* notou considerável aumento de denúncias e decisões judiciais com prêmios elevados de seguro contra má-prática (Annandale, 1996).

Dodd e Dodd (1996) revelam que, entre 1984 e 1994, uma média de 594 novos casos de denúncias contra médicos foram feitas a cada ano no *Maryland's Health Claims Arbitration Office* e que, em 1994, o Estado de Maryland/USA tinha 14.123 médicos em atividade, permitindo concluir que aproximadamente 4% dos médicos daquele estado são denunciados a cada ano. A conclusão é surpreendente: se o número de médicos permanecer constante e cada um desses casos for dirigido contra um médico diferente, então, após 10 anos, 40% dos médicos locais poderão ser denunciados por má-prática.

A prevalência e a natureza de litígios envolvendo médicos radiologistas e pacientes, em um período de 20 anos, em Chicago/USA, de janeiro de 1975 a dezembro de 1994, envolveu 18.860 processos judiciais, sendo 12% (2.219) com procedimentos radiológicos ou com radiologistas. Notou-se um aumento acentuado após o ano de 1985 e, a partir desta data, a taxa de denúncia contra radiologistas vem mantendo-se constante (10 - 15%). Houve, também, um crescimento de 34% a 47% de diagnósticos perdidos relacionados especialmente ao câncer de mama, e o crescimento total estaria mais relacionado a exames como: mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e angiografia (Berlin e Berlin, 1995).

O risco médio de um médico sofrer denúncia por má-prática aumentou cerca de três vezes desde 1980. Dados obtidos da *American Medical Association (AMA)*, em estudo conduzido em 1984, indicaram que as denúncias contra médicos aumentaram de uma taxa anual de 3,0 queixas por 100 médicos ao ano, antes de

1980, para 7,8 e 9,3 em 1983 e 1984, respectivamente (Reynolds e Colaboradores, 1987).

Schwartz e Mendelson (1989) informam que os ~~State~~ *Licensing Boards* (equivalentes aos conselhos regionais de medicina do Brasil) revogaram ou suspenderam as licenças para clinicarem de 0,16% dos 390.000 médicos em atividade nos Estados Unidos, em 1985. Em outros 0,38% aplicaram advertências, censuras ou restrições na prática clínica. Metade das punições aplicadas foram baseadas em prescrições inadequadas e um quarto delas foi por abuso de drogas ou álcool. As causas remanescentes foram acusações por atitudes violentas ou fraudes. Poucas punições foram aplicadas por incompetência médica ou má-prática. Isto revela que somente 0,08% dos médicos norte-americanos perderam suas licenças por comportamento negligente.

O médico condenado no CREMESC e capitulado no artigo 29 (imperícia, imprudência e negligência) tem muita chance de ser, também, apenado na justiça comum.

Ao analisarmos o número de condenações e absolvições por décadas, observamos que na década de 60 houve um único julgamento que resultou na absolvição de um médico (100,0%), no ano de 1969. Na década de 70, 15 médicos foram a julgamento com 9 condenações (60,0%) e 6 absolvições (30,0%). Na década de 80 foram julgados 86 médicos, com 55 condenados (63,9%) e 31 absolvidos (36,1%). Mesmo considerando que o estudo analisou até o ano de 1996, a década de 90 (até 1997) teve 107 médicos julgados, com 39 médicos condenados (36,4%) e 68 absolvidos (63,6%). Em suma, absolveu-se mais médicos na década de 90 do que nas décadas passadas.

Em relação às penalidades, na década de 90 aplicou-se mais vezes a letra A - advertência confidencial (35,8%) e a letra C - censura pública (28,2%); na

década de 80 aplicou-se mais vezes a letra B - censura confidencial (40,0%) e a letra E - cassação (7,2%) e na década de 70 aplicou-se mais vezes a letra D - suspensão (11,1%).

Origem das denúncias

Em nosso estudo, cerca de 1/3 das denúncias (35%) originaram-se de queixas diretas dos pacientes. Em realidade, ao verificarmos as denúncias oriundas do Poder Judiciário e do Ministério Público e as denúncias oriundas das secretarias municipais e estadual de saúde, envolvendo pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e outras entidades não médicas, observamos que alcançaram 22%, mostrando que a sociedade como um todo é autora de 57% das mesmas, ou seja, um pouco mais da metade das denúncias.

Entretanto, 43% das denúncias tiveram origem no meio médico (médicos, *ex-officio*, direção clínica e comissões de ética médica), o que invalida a alegação de que os médicos compõem uma classe corporativa, que se autoprotege ou que esconde seus erros. Os médicos, isoladamente, foram os denunciantes em 26% de todas as denúncias que geraram PEPs.

Falcão (1994), em sua dissertação de mestrado, dividiu os denunciantes em quatro categorias: leigos, *ex-officio*, instituição e médicos. Observou que mais de 50% das denúncias foram feitas pelos leigos, muitas vezes sendo dirigida primeiramente a outros órgãos (delegacia de polícia, secretaria de saúde, etc.). Os médicos, isoladamente, foram responsáveis por 24% das denúncias no ano de 1988, o que revela que os médicos denunciam outros médicos.

Moraes (1995) revela dados obtidos de processos judiciais onde verificou que a maioria das demandas eram originárias da atividade médica em

hospitais e casas de saúde, restando um pequeno número de ocorrências em consultórios.

Dos 103 médicos condenados pelo CREMESC, observamos que os mesmos foram denunciados por fatos gerados em hospitais (55 casos ou 53,4%), consultórios (33 casos ou 32,0%) e em outros locais (15 casos ou 14,6%). Das denúncias por ocorrências hospitalares observamos que a maioria ocorreu no setor de emergência (31 casos ou 56,4%), centro cirúrgico (12 casos ou 21,8%), enfermaria (7 casos ou 12,7%) e no setor administrativo (5 casos ou 9,1%).

Não encontramos nenhuma citação na literatura mundial a respeito desses dados para podermos comparar.

Charies (1993) revela que os pacientes que mais denunciam são os idosos, aposentados e desempregados. Além disso, são aqueles pacientes insatisfeitos com o tratamento médico recebido, os que passaram por complicações e aqueles admitidos em apartamentos privados. Quanto ao porquê dos pacientes denunciarem médicos, mostra que a razão mais freqüente foi a percepção de negligência. O autor avalia que o tempo de conhecimento entre médico e paciente pode sugerir maior ou menor probabilidade de denúncia e cita um trabalho seu e de colaboradores, publicado em 1988 no *Western Journal of Medicine*, onde dos médicos que foram ao tribunal no ano de 1986, 45% conheciam o paciente até um mês e 17% trataram os pacientes por mais de 5 anos.

A literatura internacional é rica em informações sobre o perfil do denunciante, não sendo possível tal caracterização em nosso trabalho por ausência de protocolo e informações adequadas e fidedignas contidas nos PEPs.

Idade

Nossos dados revelam que a média das idades dos médicos condenados foi de 41,8 anos. A faixa etária que concentrou o maior número de condenações foi entre 31 a 40 anos (41,7%), seguida pela faixa de 41 a 50 anos (34,9%), que somadas chegam a 76,6%. Os médicos mais idosos (acima de 60 anos) tiveram o menor número de condenações (4,9%).

Sloan e Colaboradores (1989) revelaram a mesma conclusão em relação à idade dos médicos condenados, pois médicos mais idosos tiveram menos denúncias do que os médicos mais jovens e o tempo de prática médica só teve significado estatístico quando associado à especialidade.

Falcão (1994) observou que os médicos mais jovens (até 30 anos) representaram um número reduzido entre os médicos condenados pelo CREMERJ, considerando que a pouca idade não implicou, necessariamente, numa maior exposição ao erro. Observou, ainda, que houve concentração na faixa etária de 31 a 50 anos, representando mais de 65%, não havendo diferença entre sexos.

Schwartz e Mendelson (1989) concluíram que a média de idade dos médicos com maior número de queixas foi entre 45 e 54 anos.

Características comportamentais dos médicos poderiam levar a maior probabilidade de serem denunciados, tais como a idade e tempo de prática médica. Contudo, segundo Charles e Colaboradores (1992), a especialidade cirúrgica foi a característica mais importante associada ao risco de denúncia por erro médico, embora não necessariamente ao risco de negligência. Além disso, trabalhar em departamentos de emergências, idade média de 45 a 54 anos e maior carga de trabalho com maior número de pacientes atendidos influenciam o risco de ser denunciado.

A idade média do médico denunciado foi de 40 anos, para Taragin e Colaboradores (1992), não havendo nenhuma associação entre a taxa de denúncias com o local de treinamento ou o tipo de graduação e pós-graduação do médico. Para Charles (1993), a idade e a especialidade tiveram maior significado estatístico.

Tempo de prática médica

A observação dos nossos dados permite ressaltar 2 constatações: a primeira revela que mais da metade dos médicos apenados (56,3%) tinham entre 5 a 15 anos de formado, sendo de 14,6 anos a média do tempo de prática médica entre os 103 médicos condenados; a segunda ressalva fica por conta de que os médicos muito jovens e os médicos mais idosos apresentaram percentual muito baixo de condenações (5,8% e 4,9%, respectivamente).

Schwartz e Mendelson (1989) concluíram que os médicos com tempo de formado entre 15 e 20 anos foram mais vezes condenados.

Charles (1993) estabeleceu os fatores de alto e baixo risco entre os médicos e identificou as características pessoais e profissionais que levam à maior probabilidade de sofrerem denúncias. Dentre as de alto risco cita o maior tempo de formado. Sloan e Colaboradores (1989) observaram, contudo, que o tempo de formado só teve significado estatístico quando associado à especialidade.

Sexo

Segundo Machado (1997), a participação feminina na área da medicina, por exemplo, se desenvolve através de certas características que reproduzem as determinações socioculturais dos papéis femininos. Neste sentido, as escolhas das especialidades médicas acabam voltando-se para atividades com grande apelo feminino como a pediatria e a psiquiatria, entre outras. As mulheres

desempenham funções consideradas de apoio, tendendo a optar por especialidades como a pediatria, que apresenta menor risco do ato médico do que as cirurgias, por exemplo. Isto poderia explicar o baixo índice de abertura de PEPs e condenações de médicas.

Dos 103 médicos condenados pelo CREMESC, em 39 anos de atuação, somente 2 médicas foram condenadas. Após o ajuste proporcional, considerando-se que o componente profissional feminino corresponde a 23,3% dos médicos em atividade, em Santa Catarina, observamos que os médicos foram 4,6 vezes mais denunciadas do que as médicas; foram processados 6,5 vezes mais do que as médicas e 24 vezes mais condenados do que as médicas.

Acrescente-se o fato que as duas médicas condenadas eram esposas de médico, estavam envolvidas nos mesmos PEPs que seus maridos e receberam uma apenação menor, o que poderia sugerir que seus maridos eram os principais responsáveis ou mentores intelectuais dos procedimentos irregulares.

A primeira mulher condenada no CREMESC foi em 1986 (PEP 002/84) e recebeu como apenação a letra "A" ou seja, advertência confidencial em aviso reservado.

Sloan e Colaboradores (1989) concluíram que, quanto ao sexo, as mulheres médicas do grupo de anesthesiologistas e obstetras e as do grupo de baixo risco foram denunciadas menos vezes do que os médicos dos mesmos grupos. Quanto ao grupo de especialidades cirúrgicas, devido à pequena quantidade de médicas, não foi possível a caracterização estatística.

Falcão (1994) verificou, no CREMERJ, que dos médicos julgados, 123 (80%) eram do sexo masculino e 31 (20%) do sexo feminino. As mulheres foram mais absolvidas (61,3%) do que os homens (31,1%), como também obtiveram penas mais brandas.

Taragin e Colaboradores (1992) observaram que os médicos foram três vezes mais denunciados do que as médicas. Além disso, os mesmos autores observaram que as médicas são menos denunciadas do que os médicos por uma série de motivos: 1) melhor interação com os pacientes, 2) maior tempo dedicado a ouvir e a examinar os pacientes, 3) menor número de pacientes atendidos, 4) tratamento de pacientes portadores de moléstias menos graves e 5) as médicas teriam mais atributos humanísticos do que os médicos.

Especialidades

É importante salientar que as especialidades médicas com maior número de profissionais são, segundo a pesquisa "Perfil do médico" (FioCruz/CFM, 1995): Pediatria (14,1%), Ginecologia/Obstetrícia (12,0%), Medicina Interna (8,1%), Cirurgia Geral (6,0%), Anestesiologia (4,9%), Cardiologia (4,3%), Oftalmologia (3,6%), Ortopedia (3,5%) e Psiquiatria (3,1%).

Esta mesma pesquisa, em Santa Catarina, revela que as dez especialidades mais citadas foram: Pediatria (15,3%), Medicina Interna (12,2%), Ginecologia-Obstetrícia (9,0%), Cirurgia Geral (5,6%), Oftalmologia (4,2%), Cardiologia (4,0%), Anestesiologia (3,7%), Medicina Geral Comunitária (3,7%), Medicina do Trabalho (3,4%) e Ortopedia e Traumatologia (2,8%).

Atualmente, somente a metade dos médicos inscritos no CREMESC têm seus títulos de especialista registrados (dados do cadastro do CREMESC).

Entre os 103 médicos condenados verificou-se que 41 (39,0%) não tinham especialidade declarada ou registrada. Dos 62 médicos (60,2%) com títulos de especialista encontramos a seguinte distribuição: Ginecologia/Obstetrícia (22,6%), Anestesiologia (20,9%), Cirurgia Geral e Oftalmologia (11,3%), Pediatria (9,7%), Neurocirurgia (8,0%), Radiologia e Medicina Interna (3,2%) e

Otorrinolaringologia, Nefrologia, Cardiologia, Urologia, Geriatria e Medicina do Trabalho (1,6%). Embora a literatura mundial constate que a Cirurgia Plástica e a Ortopedia estão entre as especialidades com maior risco, nossos dados não confirmaram tal achado.

Falcão (1994) encontrou que 34 (22,1%) dos 154 julgados possuíam dados sobre especialidade e, destes, 43,7% eram ginecologistas/obstetras e 34,3% cirurgiões, justificando que são especialidades que lidam com procedimentos de maior risco.

Sloan e Colaboradores (1989) revelaram dados obtidos dos arquivos do *Florida Medical Professional Liability Insurances Claims / USA* contendo todas as denúncias, entre 1975 e 1988. As especialidades médicas foram divididas em três categorias, uma de baixo risco e duas de alto risco. As de baixo risco foram: alergia e imunologia, dermatologia, medicina interna, patologia, pediatria, psiquiatria, saúde pública e reumatologia. As duas categorias com especialidades de alto risco foram divididas em dois grupos: um envolvendo anestesiologia, ginecologia e obstetrícia e outro com ortopedia, cirurgia plástica e neurocirurgia.

Jacobson (1989) observou que especialistas como cirurgiões e ginecologistas/obstetras têm maior risco de serem processados em relação a outros especialistas e não há razão para suspeitar que eles são mais negligentes do que os outros. Isto ocorre porque certos procedimentos têm uma probabilidade maior de resultados adversos mesmo na ausência de erro. Por outro lado, erros nestas especialidades são mais facilmente detectáveis e podem resultar em maior dano aos pacientes que em outras áreas da medicina.

Schwartz e Mendelson (1989) concluíram que: 1) as especialidades com maior representação estatística foram neurocirurgia, cirurgia plástica, ginecologia/obstetrícia e ortopedia e as de menor representação foram medicina de

família, cirurgia geral e otorrinolaringologia, 2) não houve diferença significativa entre os médicos que tinham título de especialista e os que não tinham.

Em 1983, o *Medical Protection Society*, da Grã-Bretanha, recebeu cerca de 1.000 denúncias que aumentaram para 2.000 em 1987. Cerca de 23,7% eram relacionadas à ginecologia e obstetrícia. Em 1991, o *Royal College of Obstetrics and Gynaecology* relatou que 85% dos obstetras britânicos tinham tido pelo menos uma denúncia e que 65% tinham tido duas denúncias (Annandale, 1996).

Charles (1993) estabeleceu os fatores de alto e baixo risco entre os médicos e identifica as características pessoais e profissionais que levam à maior probabilidade de sofrerem denúncias. Dentre as de alto risco cita a especialidade cirúrgica, o que está de acordo com os outros autores.

A especialidade cirúrgica foi a característica mais importante associada ao risco de denúncia por erro médico, embora não necessariamente ao risco de negligência. Quando os médicos adotam o comportamento de melhorar a comunicação, o cuidado e o conforto dos pacientes, o risco de ser denunciado diminui. Além disso, trabalhar em departamentos de emergências, ter idade em torno de 45 e 54 anos, ter uma extensa carga de trabalho e estar envolvido com maior número de pacientes, aumentam os riscos de ser denunciado (Charles e Colaboradores, 1992). O mesmo autor, em trabalho publicado 1 ano depois, revelou que a idade e a especialidade tiveram a maior significância estatística para a probabilidade de ser denunciado (Charles, 1993).

Para Montoya e Colaboradores (1993b) a obstetrícia é a principal especialidade demandada porque a população considera o parto um evento fisiológico, que não tem maiores complicações. Para Taragin e Colaboradores (1992) a Psiquiatria foi a especialidade com o menor número de denúncias. Os

psiquiatras estão entre os médicos menos denunciados, segundo Charles (1993), acrescentando que entre os anos de 1981 e 1985, somente 10% dos mesmos foram denunciados em comparação com 48% de obstetras.

Regiões de SC com maior número de condenações

As regiões que forneceram o maior número proporcional de condenações, considerando o total de médicos de cada região, foram, por ordem decrescente: Araranguá (14,3%), Concórdia (7,4%), Xanxerê (5,4%), Rio do Sul (4,3%), Mafra (3,6%), Itajaí (3,4%), Joinville (2,8%), Joaçaba (2,8%), Chapecó (2,7%), Tubarão (1,4%), Blumenau (1,4%), São Miguel do Oeste (1,1%), Porto União (1,0%), Florianópolis (0,9%), Criciúma (0,8%) e Lages (0,5%).

Curitibanos não teve nenhum médico sequer processado e Canoinhas teve 1 PEP, envolvendo um único médico que foi absolvido.

Deve ser ressaltado que Florianópolis, com o maior contingente de médicos em Santa Catarina (1677), ficou em décimo-quarto lugar no ajuste proporcional entre médicos condenados e os médicos em atividade de cada região. No total, Santa Catarina apresentou o percentual de 2,0% de médicos condenados em relação ao total de médicos ativos, cumulativamente.

É possível concluir, ao menos, que o CREMESC deve intensificar um trabalho profilático e enérgico com a comunidade médica de regiões como Araranguá, Xanxerê e Concórdia, no intuito de diminuir a demanda ética contra os médicos locais.

Análise comparativa com os dados de outros CRMs

Moraes (1995) apresenta dados obtidos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), onde atuou o Tribunal de Ética em 276 julgamentos, envolvendo um total de 426 médicos. Dos 426 médicos

envolvidos, foram absolvidos 208 (48,83%) e condenados 210 (49,29%). Os condenados receberam a seguinte pena: advertidos confidencialmente / letra A - 53 casos (25,24%); censurados confidencialmente / letra B - 38 casos (18,09%); censurados publicamente / letra C - 79 casos (37,62%); suspensos / letra D - 29 casos (13,81%) e cassados pelo CRM / letra E - 11 casos (5,24%). Em 8 casos (72,7%) a cassação foi confirmada pelo Conselho Federal de Medicina.

Falcão (1994) mostra que 1.722 denúncias deram entrada no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), entre janeiro de 1988 a março de 1993. Desse montante, 256 (14,9%) transformaram-se em processos ético-profissionais, dos quais 91 (5,3%) PEPs foram julgados, envolvendo 154 médicos. Destes foram cassados 9 médicos, sendo 5 por venda de atestados médicos falsos, 3 por imperícia, imprudência ou negligência e um por conivência com tortura, sendo que a metade dos processos foi arquivada por falta de provas. Dos 154 médicos, 1 foi excluído de um PEP e três voltaram para sindicância. Dos 150 médicos efetivamente julgados 56 (37,3%) foram absolvidos e 94 (63,7%) condenados. As penalidades aplicadas foram as seguintes: letra A (11 casos ou 11,7%); letra B (31 casos ou 33,0%); letra C (28 casos ou 29,8%); letra D (15 casos ou 16,0%) e letra E (9 casos ou 9,6%).

Pinheiro (1997), no Jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará (CREMEPA), informa que de 1985 a setembro de 1997 foram acolhidas 319 denúncias das quais 114 (35,74%) transformaram-se em PEPs. Destes, 73 PEPs foram julgados resultando na absolvição de 31 médicos (42,46%) e condenação de 42 médicos (57,54%). As penalidades aplicadas foram: letra A (16 casos ou 38,09%); letra B (15 casos ou 35,71%); letra C (8 casos ou 19,05%); letra D (3 casos ou 7,15%), não havendo letra E (cassação do diploma).

Nossos dados não destoam dos observados acima, muito embora, nosso período de observação tenha sido mais longo (39 anos) e tenha atravessado a crise que passa a categoria médica, em especial, a crise de credibilidade, que começou a despontar a partir do final da década de 80.

O CREMESC julgou 162 PEPs envolvendo 208 médicos, com 105 (50,5%) médicos absolvidos e 103 condenados (49,5%). Quanto às apenações aplicadas houve diferença significativa em relação ao CREMESP e CREMERJ (Tabela 4).

Tabela 4 - Penalidades aplicadas aos médicos condenados.

PENALIDADES	CREMESP*	CREMERJ**	CREMEPA***	CREMESC
A	25,25%	11,7%	38,09%	31,0%
B	18,09%	33,0%	35,71%	36,9%
C	37,62%	29,8%	19,05%	22,4%
D	13,81%	16,0%	7,15%	5,8%
E	5,24%	9,8%	0,0%	3,9%

* Segundo Moraes, 1995

** Segundo Falcão, 1994

*** Segundo Pinheiro, 1997

De uma forma geral, nota-se que o CREMESC aplicou penalidades muito mais brandas do que o CREMESP e CREMERJ, embora com referência ao CREMEPA não houve diferença significativa.

VI. CONCLUSÕES

Após a análise dos dados apresentados e interpretados à luz dos registros obtidos em 39 anos de atividade do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, podemos concluir que:

1. Houve aumento substancial de denúncias e processos ético-profissionais contra médicos, a partir do final da década de 80.

2. Mais da metade das denúncias foram feitas pela sociedade (57%) e os próprios médicos foram denunciadores em 43% do total das denúncias, o que refuta a idéia de que médicos não denunciam médicos.

3. Mais da metade dos PEPs originaram-se de procedimentos realizados em hospitais (53,4%) e destes, mais da metade dos ilícitos éticos ocorreram no setor de emergência (56,4%). Isto equivale a cerca de 30% do total de condenações.

4. Os profissionais médicos do sexo feminino são menos denunciados, processados e condenados nos CRMs do que os médicos do sexo masculino.

5. Perfil do médico condenado pelo CREMESC: é jovem (41,8 anos), do sexo masculino, tem em torno de 15 anos de prática médica, é ginecologista/obstetra ou anesthesiologista e encontra-se em pleno exercício de seu trabalho.

6. O artigo 29, que trata da imperícia, imprudência e negligência, foi o artigo do Código de Ética Médica mais infringido (14,6%), logo após os artigos 4º e 19 do capítulo dos Princípios Fundamentais do mesmo código.

7. O CREMESC absolveu 2/3 e condenou 1/3 dos médicos julgados na última década, exatamente o contrário do ocorrido nas décadas de 70 e 80. Em

quase metade das condenações (47,9%), nos 39 anos de atuação do CREMESC, foram aplicadas penas leves e confidenciais.

8. As regiões de Araranguá, Concórdia e Xanxerê por apresentarem os maiores percentuais de condenações por médicos em atividade na respectiva região, necessitam de uma ação orientadora e profilática do CREMESC, através de cursos e seminários sobre responsabilidade ética, penal e civil dos médicos.

Nossos resultados indicam, também, que algumas especialidades são mais suscetíveis a denúncias de erro médico e que o ambiente hospitalar não favorece uma boa interação médico-paciente. Neste sentido, algumas mudanças poderiam ser implantadas, tais como:

1. Melhoria no ensino da Ética Médica, com maior investimento na formação ético-humanística do médico e ênfase no desenvolvimento de habilidades na comunicação médico-paciente, ainda no período de graduação.

2. Orientação sistemática, pelas entidades médicas, aos médicos para se precaverem de demandas ético-judiciais, através de uma busca constante de atualização profissional.

3. Exigência de investimentos institucionais a fim de melhorar as condições de trabalho dos profissionais da área da saúde, de forma a "humanizar" o ambiente hospitalar.

4. Elaboração de um protocolo de denúncias contendo as características do denunciante e do denunciado, obtido através de entrevista com os litigantes.

5. Criação de uma Comissão de Triagem de Denúncias, na tentativa de melhor instruí-las, evitando a abertura de processos ético-profissionais que resultarão em absolvição ou em penalidades leves.

6. Criação de uma Comissão de Aconselhamento, junto aos Conselhos Regionais de Medicina, para dirimir questões e dúvidas dos médicos.

7. Elaboração de orientações básicas encaminhadas aos médicos, no intuito de reduzir a demanda ético-profissional, tal qual apresentamos, a seguir:

Recomendações aos médicos

Uma boa prática médica caracteriza-se por uma comunicação honesta, aberta e cuidadosa entre o médico e os pacientes. Muitos pacientes, litigantes ou não, ao sentirem que seus médicos os abandonaram, não forneceram informações adequadas ou não deram importância às suas queixas, tornam-se compelidos a denunciá-los mesmo que não existam provas suficientes de erro médico. A insatisfação dos pacientes é um componente importante da denúncia e, portanto, deve ser levado em consideração.

Por isso, sugerimos as seguintes estratégias que os médicos podem usar para reduzir a probabilidade de serem denunciados:

1. Atender diligentemente a todos os pacientes e não se negar a prestar informações,
2. Registrar, sistematicamente, no prontuário do paciente, todas as informações pertinentes aos atos médicos realizados, com clareza, acurácia e de maneira completa,
3. Usar procedimentos e terapêutica padronizados e universais,
4. Comunicar-se com tempo suficiente, respondendo às necessidades dos pacientes e seus familiares,
5. Manter um bom e amigável relacionamento com seus pacientes,

6. Cultivar um bom relacionamento com os colegas de profissão, no que diz respeito à troca de informações técnicas e aconselhamento de procedimentos corretos, evitando que fatores indesejáveis (competição, idiosincrasias, etc.) interfiram na boa assistência aos pacientes,

7. Ter especialização reconhecida legalmente ou por organizações competentes,

8. Exigir recursos humanos e tecnológicos adequados ao bom desenvolvimento do seu trabalho, principalmente dentro do ambiente hospitalar, e

9. Manter-se atualizado e conhecedor das recomendações contidas no Código de Ética Médica.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMSON, E.M. & DAVID, D.S. Medical malpractice: A non adversarial suggestion. *The American Journal of Medicine*, 92 (2): 197-201, 1992.
- ADAMSON, T.E.; TSCHANN, J.M.; GULLION, D.S. & OPPENBERG, A.A. Physician communication skills and malpractice claims – A complex relationship. *The Western Journal of Medicine*, 150: 356-360, 1989.
- AKERMAN, M. É possível aprender algo com o erro médico? *Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná*, 14 (53): 46-47, 1997.
- ANNANDALE, E. Professional defenses: Medical students' perceptions of medical malpractice. *International Journal of Health Services*, 26 (4): 751-775, 1996.
- ANNIS, E.R. & NACE, B.J. Tort reform, but what? A doctor and a lawyer face off on medical malpractice. *Postgraduate Medicine*, 96 (4): 45-51, 1994.
- ASSAD, J. E. Relação médico-paciente no final do século XX. In: *Desafios Éticos*. Conselho Federal de Medicina, 104-111, 1993.
- AUBY, J.M. O Estado e a profissão médica. *Bioética*, 4: 71-77, 1996.
- BATES, P.W. Social and legal changes in medical malpractice litigation. *The Medical Journal of Australia*, 163 (5) : 264-268, 1995.
- BECKMAN, H.B.; MARKAKIS, K.M.; SUCHMAN, A.L. & FRANKEL, R.M. The doctor-patient relationship and malpractice – Lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine*, 154 (12): 1365-1370, 1994.
- BERLIN, L. & BERLIN, J.W. Malpractice and radiologists in Cook County, IL: Trends in 20 years of litigation. *American Journal of Roentgenology*, 165: 781-788, 1995.
- BOWMAN, M.A. Risk management and medical malpractice. *American Family Physician*, 45 (4): 1741-1745, 1992.

- BRENNAN, T.A.; LEAPE, L.L.; LAIRD, N.M.; HEBERT, L.; LOCALIO, R.; LAWTHERS, A.G.; NEWHOUSE, J.P.; WEILER, P.C. & HIATT, H.H. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *The New England Journal of Medicine*, 324: 370-376, 1991.
- CERVANTES, J. Iatrogenic injuries in surgery. *Acta Chirurgica Belgica*, 96 (6): 242-244, 1996.
- CHARLES, S.C. The doctor-patient relationship and medical malpractice litigation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57 (2): 195-207, 1993.
- CHARLES, S.C.; GIBBONS, R.D.; FRISCH, P.R.; PYSKOTY, C.E.; HEDEKER, D. & SINGHA, N. Predicting risk for medical malpractice claims using quality-of-care characteristics. *Western Journal of Medicine*, 157 (4): 433-439, 1992.
- CINAEM. Avaliação do ensino médico no Brasil - Relatório geral (1991 - 1997). Apostila, 1997.
- COHEN, C. & SEGRE, M. Definição de valores, moral, eticidade e ética. In: *Bioética*. Editora da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
- COOK, W.R. & NEFF, C. Attitudes of physicians in northern Ontario to medical malpractice litigation. *Canadian Family Physician*, 40 : 689-698, 1994.
- D'ACAMPORA, A.J. & CORRÊA, G. Erro médico, uma abordagem. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 11 (1): 42-46, 1996.
- DE VILLE, K. Doctor-patient communication and medical malpractice: An ambiguous relationship. *Archives of Internal Medicine*, 155 (5): 543, 1995.
- DODD, M.M. & DODD, M.J. Anatomy of a medical malpractice lawsuit. *Maryland Medical Journal*, 45 (2): 108-115, 1996.
- DO PICO, A.; CORTECCI, L. & RIÚ, J. Responsabilidade profesional penal de los médicos. *Revista Facultad de Medicina, Universidad del Salvador*, 4: 51, 1986.

- ENGELHARDT, H.T. Medical ethics for the 21st century. *Journal of the American Association of Cardiology*, 18 (1): 303-307, 1991.
- FALCÃO, M.S.S.A. A Ética Médica e suas infrações – Um Estudo sobre os Processos Ético-Profissionais do Estado do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. FIOCRUZ, 26-27, 1994.
- FÁVERO, F. *Deontologia Médica e Medicina Profissional*. Livraria Martins Editora: São Paulo, 1945.
- FENN, P.; HERMANS, D. & DINGWALL, R. Estimating the cost of compensating victims of medical negligence. *British Medical Journal*, 309 (6951): 389-391, 1994.
- FERRARI, B.T. Erros na medicina – falha humana ou deficiência no sistema de saúde? *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, 11/12: 473-478, 1984.
- FRANÇA, G.V. *Direito Médico*. 6ª ed., São Paulo, Fundação BYK, 1995a.
- FRANÇA, G.V. O fantasma da demanda contra os médicos. *Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná*, 12: 123-125, 1995b.
- FRANÇA, G.V. & FRANÇA FILHO, G.V. *Comentários ao código de processo ético-profissional dos conselhos de medicina*. CREMEPB: João Pessoa, 1997.
- FRANÇA, R. Erro médico. *Hospital das Forças Armadas Publicações Técnico-Científicas*, 2 (4): 273-275, 1987.
- FREIRE, O. *Pareceres*. Editora Saraiva: São Paulo, 1935.
- FRUCHTER, J. Doctors on trial: A comparison of american and jewish legal approaches to medical malpractice. *American Journal of Law & Medicine*, 4:453-495, 1993.
- GABIN, J.H. Health care reformation and the need for tort reform. *New Jersey Medicine*, 92 (5): 329-332, 1995.

- GARDIOL, E.A. Malpraxis y diagnostico en cancer de mama. *Boletín da Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires*, 72 (2): 641-669, 1994.
- GIOSTRI, H.T. Erro médico e condições de trabalho. *Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná*, 13 (49): 1-17, 1996.
- GOMES, J.C.M. Erro médico: reflexões. *Bioética*, 2: 139-146, 1994.
- GOMES, J.C.M. O atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro. *Bioética*, 4: 53-64, 1996.
- GRISARD, N. (Coord.). *Manual de orientação ética e disciplinar*. CREMESC, Florianópolis, 174p, 1995.
- HIATT, H. Medical malpractice. *Bulletin of the New York Academic Medicine*, 68 (2): 254-264, 1992.
- HICKSON, G.B.; CLAYTON, E.W.; GITHENS, P.B. & SLOAN, F.A. Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. *The Journal of the American Medical Association*, 267 (10): 1359- 1363, 1992.
- HUPERT, N.; LAWTHERS, A.G.; BRENNAN, T.A. & PETERSON, L.M. Processing the tort deterrent signal: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 43 (1): 1-11, 1996.
- HUYCKE, L.I. & HUYCKE, M.M. Characteristics of potential plaintiffs in malpractice litigation. *Annals of Internal Medicine*, 120 (9): 792-798, 1994.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde – Nêmesis da Medicina*. Editora Nova Fronteira: Rio de Janeiro, RJ, 4ª Ed., 37-38, 1975.
- JACOBSON, P.D. Medical malpractice and the tort system. *The Journal of the American Medical Association*, 262 (23): 3320-3327, 1989.
- KFOURI NETO, M. *Responsabilidade civil do médico*. Editora Revista dos Tribunais: São Paulo, 1994.

- KOERNER JÚNIOR, R. Erros médicos: II – Doutrina e consequências ético-legais. *Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná*, 12 (47): 239- 243, 1996.
- KRIGER FILHO, D.A. *Comentários ao código de processo ético-profissional médico*. Editora Síntese: Porto Alegre, 1997.
- LANDMANN, J. *A ética médica sem máscara*. Editora Guanabara: Rio de Janeiro, 16, 1985.
- LA VARA, H.E.M. El médico ante el delito. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 18 (1): 1-2, 1995.
- LEAPE, L.L. Error in medicine. *The Journal of the American Medical Association*, 272 (23) : 1851-1857, 1994.
- LESTER, G.W. & SMITH, S.G. Listening and talking to patients – A remedy for malpractice suits? *The Western Journal of Medicine*, 158: 268-272, 1993.
- LOCALIO, A.R.; LAWTHERS, A.G.; BRENNAN, T.A.; LAIRD, N.M.; HEBERT, L.E.; PETERSON, L.M.; NEWHOUSE, J.P.; WEILER, P.C. & HIATT, H.H. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. *The New England Journal of Medicine*, 325: 245-251, 1991.
- LONDRES, L.R. Erro médico / responsabilidade médica. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 62 (5): 323-324, 1988.
- MACHADO, M.H. (Coord.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 1997.
- MARTIN, L.M. *A Ética médica diante do paciente terminal*. Editora Santuário: Aparecida, São Paulo, 1993.
- MCQUADE, J.S. The medical malpractice crisis – Reflections on the alleged causes and proposed cures: Discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 84 (7): 408-411, 1991.

- MEIRA, A.R. Erro médico - Aspectos médico legais e éticos. *Revista Brasileira de Medicina*, 42(8): 252-254, 1985.
- MEIRA, A.R. & CUNHA, M.M.S.C. O ensino da ética médica em nível de graduação nas faculdades de medicina do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 18(1): 1-48, 1994.
- MENDOZA, N.; RAYNOLDI, O.; SALGUEIRO, J.; TRUCCO, N. & PERALTA, J.L. Analisis de las consultas al sistema de ayuda profesional del IX distrito del colegio de medicos y de las denuncias penales y demandas civiles en el período comprendido entre el 1-6-90 y el 31-5-94. *Centro Medico Publicacion Médica*, 7 (3): 132-136, 1994.
- MEYERS, A.R. "Lumping it": The hidden denominator of the medical malpractice crisis. *American Journal of Public Health*, 77: 1544-1548, 1987.
- MICHELI, A. En torno a las raices de la etica medica. *Archivos del Instituto de Cardiologia de México*, 64: 577-582, 1994.
- MONTOYA, D.; ROSMANICH, A. & LÓPEZ, J. Aspectos clinicos y evaluacion medico-legal en demandas por responsabilidade medica en obstetricia y ginecologia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia*, 55 (6): 403-412, 1993a.
- MONTOYA, D.; ROSMANICH, A.; VELÁSQUEZ, V. & LÓPEZ, J. Querellas por responsabilidad medica segun especialidades en Chile. *Revista Medica de Chile*, 121 (4): 396-402, 1993b.
- MORAES, I.N. *Erro médico e a Lei*. Editora Revista dos Tribunais: São Paulo, 3ª Ed., 290-295, 1995.
- MORAES, N.C. Erro médico: aspectos jurídicos. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 11 (2): 55-59, 1996.

- PANASCO, W.L. *A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos*. Editora Forense: Rio de Janeiro, 1984.
- PELLEGRINO, E.D. Ethics and the moment of clinical truth. *The Journal of the American Medical Association*, 239 (10): 960-961, 1978.
- PENCHANSKY, R. & MACNEE, C. Initiation of malpractice suits: A conceptualization and test. *Medical Care*, 32: 813-831, 1994.
- PEREIRA, C.M.S. *Responsabilidade Civil*. Editora Forense: Rio de Janeiro, 1992.
- PEREIRA, L. Responsabilidade civil dos médicos. *Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná*, 12 (46): 59-67, 1995.
- PEREIRA NETO, A. Primeiro código de ética médica (1931) - algumas considerações. *Boletim do CREMERJ*, n. 37, 1992.
- PÉRES, H. Conselhos de Medicina. Origens, evolução e finalidades. In *Ética Médica*. Cremeg, Rio de Janeiro, 51-66, 1974.
- PINHEIRO, A.G. O CREMEPA em números. *Jornal do CREMEPA*, Belém, 12: 4, 1997.
- PONDÉ, L. Responsabilidade civil dos médicos. In RF 191/30.
- PORTO, J. A. O erro médico. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, 151 (1/5): 43-50, 1990/1991.
- REYNOLDS, R.A.; RIZZO, J.A. & GONZALEZ, M.L. The cost of medical professional liability. *The Journal of the American Medical Association*, 257 (20): 2776-2781, 1987.
- ROSSELOT, E. Substratos éticos tras la percepción social del desempeño médico. *Revista Medica de Chile*, 124 (1): 109-116, 1995.
- SANGUINETTI, F.A. Responsabilidade ética y jurídica do cirujano. *Revista Argentina de Cirugia*, Número Extraordinario, 5-53, 1988.

- SCHWARTZ, W.B. & MENDELSON, D.N. Physicians who have lost their malpractice insurance. *The Journal of the American Medical Association*, 262 (10): 1335-1341, 1989a.
- SCHWARTZ, W.B. & MENDELSON, D.N. The role of physician-owned insurance companies in the detection and deterrence of negligence. *The Journal of the American Medical Association*, 262 (10): 1342-1346, 1989b.
- SILVA, F.R.M.M. Erros médicos: I – Doutrina e consequências ético-legais. *Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná*, 13 (50): 233-238, 1996.
- SILVA, R.M. A moralidade da relação médico-paciente. *Cadernos do CREMEB*, 5: 9-49, 1996.
- SLOAN, F.A.; MERGENHAGEN, P.M.; BURFIELD, W.B.; BOVBJERG, R.R. & HASSAN, M. Medical malpractice experience of physicians. Predictable or haphazard? *The Journal of the American Medical Association*, 262 (23): 3291-3297, 1989.
- SLOAN, F.A.; WHETTEN-GOLDSTEIN, K.; GITHENS, P.B. & ENTMAN, S.S. Effects of the threat of medical litigation and other factors on birth outcomes. *Medical Care*, 33 (7): 700-714, 1995.
- SOBRAL, D.T. Desafios e perspectivas da reestruturação curricular. *Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica*, 4 (XXV): 1-2, 1997.
- SOUZA, E.G. & DANTAS, F. O ensino da deontologia nos cursos de graduação médica do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 9 (1): 7-9, 1985.
- STEEL, K.; GERTMAN, P.M.; CRESCENZI, C. & ANDERSON, J. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *The New England Journal of Medicine*, 304: 638-642, 1981.
- STRENGER, I. Erro médico e responsabilidade. *Revista Paulista de Hospitais*, 31 (5/6): 132-134, 1983.

- TARAGIN, M.I.; WILCZEK, A.P.; KARNS, M.E.; TROUT, R. & CARSON, J.L. Physician demographics and the risk of medical malpractice. *The American Journal of Medicine*, 93 (11): 537-542, 1992.
- VIEIRA, S. & HOSSNE, W.S. *Experimentação com seres humanos*. Editora Moderna: São Paulo, 51, 1987.
- VOELKER, R. "Treat systems, not errors", experts say. *The Journal of the American Medical Association*, 276 (19): 1537-1538, 1996.
- WECHSLER, J.F. & MARQUES, C.C. O processo por erro médico – critérios a obedecer. *Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*, 1 (1): 76-77, 1986.
- WOOLLISCROFT, J.O. ; HOWELL, J.D.; PATEL, B.P. & SWANSON, D.B. Resident-patients interactions: The humanistic of internal medicine residents assessed by patients, attending physicians, program supervisors, and nurses. *Academic Medicine*, 69: 216-224, 1994.
- ZAMPIERI JR, S. & MOREIRA, A. Erro médico – semiologia e implicações legais. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 69 (1): 116-120, 1995.
- ZONEIRACH, S. & SPODICK, D.H. Bedside science reduces laboratory art. *Circulation*, 91 (7): 2089-2092, 1995.

VIII. ANEXOS

JURAMENTO DE HIPÓCRATES

Juro por Apolo, médico, Asclépios, Higéia e Panacéia e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir conforme o meu poder e a minha razão o juramento cujo texto é este: estimarei como meus pais aquele que me ensinou esta arte e com ele farei vida comum, e se tiver alguma necessidade, partilhará dos meus bens, cuidarei dos seus filhos como meus próprios irmãos, ensinar-lhes-ei esta arte, se tiverem necessidade de aprendê-la, sem salário, nem promessa escrita; farei participar dos preceitos das lições e de todo o restante do ensinamento, os meus filhos, os filhos dos mestres que me instruiu, os discípulos inscritos e arrolados de acordo com as regras da profissão, mas apenas esses. Aplicarei regimes, para o bem dos doentes, segundo o meu saber e minha razão, nunca para prejudicar ou fazer mal a quem quer que seja. A ninguém darei remédio mortal, nem conselho que o induza destruição. Também não darei a uma mulher um pessário abortivo. Não praticarei a talha ainda que seja em calculoso, mas deixarei essa operação para os práticos. Na casa onde eu for, entrarei para o bem dos doentes, abstendo-me de qualquer mal voluntário, de toda a sedução e sobretudo dos prazeres do amor com mulheres ou com homens, sejam livres, sejam escravos; o que no exercício ou fora dele e no comércio da vida eu vir ou ouvir o que não seja necessário revelar, conservarei como segredo. Se eu cumprir este juramento com fidelidade, goze eu a minha vida e a minha arte com boa reputação entre homens e para sempre; se dele me afastar ou infringir, suceda-me o contrário.

Código de Ética Médica (1965)

Elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina quando do seu congresso de 23 a 26 de Julho de 1963 e promulgado no *Diário Oficial* de 11 de janeiro de 1965.

Capítulo 1: Normas Fundamentais

Artigo 1º — A medicina é uma profissão que tem por fim cuidar da saúde do Homem, sem preocupações de ordem religiosa, racial, política ou social e colaborar para a prevenção da doença, o aperfeiçoamento da espécie, a melhoria dos padrões de saúde e de vida da coletividade.

Artigo 2º — O médico tem o dever de exercer tão nobre atividade com exata compreensão de sua responsabilidade e tem o direito de receber remuneração pelo próprio trabalho que constitui seu meio normal de subsistência.

Artigo 3º — O trabalho médico deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e àquele que o presta, e não deve ser explorado por terceiros seja em sentido comercial e político.
Parágrafo único: Não se considera exploração o trabalho prestado a instituições real e comprovadamente filantrópicas.

Artigo 4º — São deveres fundamentais do médico:

a) guardar absoluto respeito pela vida humana, jamais usando seus conhecimentos técnicos ou científicos para o sofrimento ou extermínio do homem, não podendo o médico, seja qual for a circunstância, praticar atos que afetam a saúde ou a resistência física ou mental do ser humano, salvo quando se trata de indicações estritamente terapêuticas ou profiláticas em benefício do próprio paciente;

b) exercer seu mister com dignidade e consciência, observando na profissão e fora dela, as normas de ética profissional prescritas neste código e na legislação vigente e pautando seus atos pelos mais rígidos princípios morais, de modo a fazer estimado e respeitado, preservando a honra e as nobres tradições da profissão médica;

c) abster-se de atos que impliquem na mercantilização da Medicina e combatê-los quando praticados por outrem.

Artigo 5º — É vedado ao médico:

a) utilizar-se de agenciadores para angariar serviços ou clientela;

b) receber ou pagar remuneração ou percentagem por cliente encaminhado de colega;

c) receber comissões, vantagens ou remunerações que não correspondem a serviços efetiva e licitamente prestados;

d) fazer publicidade imoderada, sendo lícito, porém, nos anúncios, além das indagações genéricas, referir especialidade, títulos científicos e horário de consulta;

e) anunciar a cura de doenças, sobretudo das consideradas incuráveis, o emprego de métodos infalíveis ou secretos de tratamento e, ainda que veladamente, a prática de intervenções ilícitas;

f) usar títulos que não possua ou anunciar especialidade em que não esteja habilitado;

g) dar consultas, diagnósticos ou receitas pelos jornais, rádio, televisão ou correspondência, bem como divulgar ou permitir a publicação na imprensa leiga de observações clínicas, atestados e cartas de agradecimento;

h) receitar sob forma secreta;

i) desviar, para clínica particular, doentes que tenha atendido em virtude de sua função em instituição assistencial de caráter gratuito;

j) anunciar a prestação de serviços gratuitos ou a preços vis, em consultórios particulares, ou oferece-los em tais condições a instituições cujos associados possam remunerá-los adequadamente;

l) acumpliciar-se, por qualquer forma, com os que exercem ilegalmente a Medicina;

m) colaborar em plano de serviço com entidade em que não tenha independência profissional ou em que não haja respeito aos princípios éticos estabelecidos;

n) divulgar processos de tratamentos ou descobertas, cujo valor não esteja expressamente reconhecido pelos organismos profissionais;

o) praticar quaisquer atos de concorrência desleal aos colegas;

p) deixar de utilizar todos os conhecimentos técnicos ou científicos a seu alcance contra o sofrimento ou o extermínio do homem.

Artigo 6º — Deve o médico evitar assumir responsabilidade do tratamento de pessoa de sua família que viva sob sua dependência e esteja acometida de doença grave ou toxicomania, salvo se na localidade não houver médico.

Artigo 7º — Deve o médico ser solidário com os movimentos generalizados e justos de defesa dos interesses de sua categoria profissional.

§ 1º Entretanto poderá o médico deixar de solidarizar-se com os movimentos que estejam em desacordo com os princípios éticos ou que sejam contrários aos ditames de sua consciência.

§ 2º Cometerá falta grave de ética profissional o médico que apoiando, individualmente ou de qualquer outra forma, nas assembléias de suas associações, movimentos de reivindicação de sua categoria profissional, vier posteriormente renegar seu compromisso.

Capítulo 2: Relações com os Colegas

Artigo 8º — O médico deve ter para com seus colegas, a consideração, o apreço e a solidariedade que refletem a harmonia da classe e lhe aumentam o conceito público.

§ 1º Este apreço, a consideração e a solidariedade, não podem, entretanto, induzir o médico a ser conivente com o erro, levando-o a deixar de combater os atos que infringem os postulados éticos ou as disposições legais que regem o exercício da profissão; a crítica a tais erros ou atos não deverá, porém, ser feita de público ou na presença do doente ou de sua família, salvo por força de determinação judicial, mas será o objeto de representação ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, respeitando-se sempre a honra e a dignidade do colega.

§ 2º Comete grave infração ética o médico que deixar de atender às solicitações ou intimações para instrução dos processos ético-profissionais.

Artigo 9º — O médico, afora impossibilidade absoluta, não recusará seus serviços profissionais a outro médico que dele necessite, nem negará sua colaboração a colega que a solicite, a não ser por motivo superior.

Artigo 10 — Comete grave infração de ética o profissional que desvia, por qualquer modo, cliente de outro médico.

Artigo 11 — O médico não atenderá a doente que esteja em tratamento com um colega, salvo:

a) a pedido deste, evitando, entretanto, fazendo insinuações e limitando-se a transmitir sua opinião ao assistente, salvo determinação expressa deste ou em caso de urgência, do que dará ciência ao colega, ao devolver-lhe a incumbência do caso;

- b) no próprio consultório, quando ali procurado espontaneamente pelo doente;
- c) em caso de indubitável urgência;
- d) quando houver cessado a assistência de outro médico;
- e) quando caso lhe for encaminhado pelo colega, para diagnóstico, tratamento especializado ou intervenção cirúrgica, após o que o doente estará livre para retornar ao seu médico assistente.

§ 1º Quando se tratar de doenças crônicas com surtos agudos, é lícito a qualquer médico atender ao doente uma vez que haja cessado o tratamento de cada surto, pois com ele expirou o contrato tácito de prestação de serviços.

§ 2º A alegação de que os serviços serem prestados o serão o título gratuito não é escusa para o médico atender o paciente que esteja sob cuidados de um colega, bem assim o fato de não receber essa remuneração pelo seu trabalho no caso.

Artigo 12 — O médico deve abster-se de visitar doente que esteja sob cuidados de um colega e, se o tiver de fazer, deve evitar qualquer comentário profissional.

Artigo 13 — Se dois ou mais médicos foram chamados simultaneamente para atender a vítima de acidente ou mal súbito, o paciente ficará sob os cuidados de quem chegar primeiro, salvo se um deles é o médico habitual da família ou se o doente, ou quem por ele decidir, expressar sua preferência.

Artigo 14 — O especialista solicitado por um colega para esclarecer um diagnóstico ou orientar um tratamento, tem de considerar o paciente como permanecendo sob os cuidados do primeiro, cumprindo-lhe dar a este os informes concernentes ao caso.

Parágrafo único: O médico que solicita para seu cliente os serviços especializados de outro não deve determinar a este ou ao cliente a especificação de tais serviços.

Artigo 15 — Quando, por impedimento seu, um médico confiar um cliente aos cuidados de colega, deve este, cessado o impedimento, reencaminhá-lo ao primitivo assistente.

Artigo 16 — Os médicos de casas-de-saúde e estabelecimentos congêneres abster-se-ão de alterar o tratamento de doentes que tragam prescrições de seus médicos-assistentes, sob cujos cuidados ainda estejam, a não ser em caso de indiscutível conveniência para o paciente, o que será comunicado ao médico assistente.

Artigo 17 — O médico não deve demitir-se ou abandonar cargo ou função visando preservar os interesses da profissão, sem prévia audiência do Conselho Regional de Medicina em que esteja inscrito.

Artigo 18 — É vedado ao médico aceitar emprego deixado por um colega que tenha sido exonerado sem causa justa, salvo anuência do Conselho Regional no que tenha a sua inscrição.

Artigo 19 — Constitui prática atentatória da moral profissional, procurar um médico, conseguir para si emprego, cargo ou função que esteja sendo exercida por colega.

Capítulo 3: Conferências médicas

Artigo 20 — Assiste ao médico ou ao doente, bem como à família deste ou seus responsáveis, o direito de propor ou exigir conferências médicas.

§ 1º - Quando a conferência for solicitada pelo doente ou responsável, o médico não deverá recusá-la nem manifestar ressentimento deixando ao critério do solicitante a indicação do colega.

§ 2º - O médico assistente, por motivos ponderáveis, poderá impugnar a indicação.

§ 3º- Quando conferência for solicitada pelo médico assistente, caber-lhe-á a indicação do colega, competindo, igualmente, à família ou ao doente, impugnar a indicação, desde que por motivos ponderáveis.

Artigo 21 — Ao médico assistente cabe a iniciativa da conferência:

- a) quando não puder firmar um diagnóstico;
- b) quando não tiver obtido resultado satisfatório no tratamento empregado;
- c) quando necessitar do auxílio de especialista;
- d) quando, em determinados caso, tiver de confirmar prognósticos graves;
- e) quando supuser ou perceber o desejo do doente ou do seu responsável.

Artigo 22 — O especialista solicitado para a conferência deverá considerar o paciente como cliente do médico assistente, cumprindo-lhe dar a este as informações concernentes ao caso.

Artigo 23 — A conferência será sempre de caráter reservado.

Artigo 24 — Na conferência médica, observar-se-ão as seguintes normas:

- a) o médico convidado para a conferência deverá aguardar a chegada do médico assistente para iniciar o exame do paciente;
- b) no caso de impontualidade do médico assistente, o colega convocado, depois de razoável espera, poderá examinar o paciente, deixando, por escrito, em documento fechado, seu parecer sobre o caso;
- c) no caso de impontualidade fortuita de comparecer à conferência, o médico assistente deverá transmitir previamente ao colega relatório escrito ou verbal, sobre sua atuação junto ao doente;
- d) se ambos presentes, o médico assistente iniciará a conferência fazendo um relatório clínico sobre o caso e em seguida o colega examinará o doente;
- e) durante a conferência, os médicos deverão evitar manifestações diante do doente ou da família, devendo discutir e decidir, após o exame, em sala reservada;
- f) se houver mais de um médico presente à conferência, cada qual emitirá seu parecer;
- g) havendo acordo, caberá ao assistente comunicar o resultado ao doente ou à família, fazendo-o em nome de todos, sem discriminação de opiniões individuais, podendo a prescrição ser assinada por toda a junta ou pelo assistente;
- h) se houver desacordo, os diversos pareceres serão comunicados à família e ao doente, se necessário pelo médico assistente, cabendo-lhe propor nova conferência.

Artigo 25 — Após a conferência o médico assistente tem o direito de lavrar e conservar uma ata transcrevendo as opiniões emitidas e assinadas por todos os colegas que dela participarem, desde que o julguem necessário para resguardar o seu critério, competência e renome.

Parágrafo único: A lavratura desta ata será obrigatória quando se trate de conferência para decidir ou em que se decida esterilização ou interrupção de gravidez.

Artigo 26 — O médico chamado em conferência não deverá tornar-se assistente, senão:

- a) a pedido ou impedimento do médico assistente;
- b) se for especialista cujos serviços sejam solicitados pelo assistente.

Artigo 27 — É dever do médico solicitado à conferência:

- a) ser respeitoso, tolerante e cordial para com o colega;

b) observar escrupulosa atitude em face da reputação moral e científica do assistente.

Artigo 28 — Discussões ocorridas na conferência são de caráter secreto e confidencial e a responsabilidade da decisão é coletiva, não podendo qualquer dos participantes externar críticas ou censuras tendentes e desvirtuar a opinião de colega ou a legitimidade científica do tratamento combinado pela junta médica.

Artigo 29 — Nenhum médico pode participar de conferência sem que esteja presente o médico assistente, salvo se por ele autorizado.

Capítulo 4: Relações com o doente

Artigo 30 — O alvo de toda a atenção do médico é o doente em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Artigo 31 — O médico tem o dever de informar o doente quanto ao diagnóstico, prognóstico e objetivos de tratamento, salvo se as informações puderem causar-lhe dano, devendo ele neste caso, prestá-las à família ou aos responsáveis.

Artigo 32 — Não é permitido ao médico:

a) abandonar o tratamento do doente, mesmo em casos crônicos ou incuráveis, salvo por motivos relevantes;

b) renunciar à assistência de doente, sem prévia justificação;

c) prescrever tratamento sem exame direto do paciente, exceto em caso de urgência ou impossibilidade comprovada de realizar esse exame;

d) exagerar a gravidade, diagnóstico ou prognóstico, complicara terapêutica, exceder-se no número de consultas e visitas;

e) indicar ou executar terapêutica ou intervenção cirúrgica desnecessária ou proibida pela legislação do País;

f) exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente resolver sobre sua pessoa e seu bem estar;

g) olvidar que o pudor do cliente merece o maior respeito, mesmo em se tratando de crianças.

Artigo 33 — O médico levará em conta, na clínica particular, as possibilidades financeiras do cliente.

Capítulo 5: Segredo Médico

Artigo 34 — O médico está obrigado, pela ética e pela Lei, a guardar segredo sobre os fatos de que tenha conhecimentos de ter visto, ouvido ou deduzido no exercício de sua atividade profissional.

Parágrafo único: Deve o médico empenhar-se no sentido de estender aos seus auxiliares a mesma obrigação de guardar o segredo colhido no exercício de sua profissão.

Artigo 35 — O médico não revelará, como testemunha, fatos de que tenha conhecimento no exercício de sua profissão, mas intimado a depor, é obrigado a comparecer diante a autoridade para declarar-lhe que está preso à guarda de segredo profissional.

Artigo 36 — O médico não pode considerar-se desobrigado da guarda de segredo, mesmo que o paciente ou interessado o desligue da obrigação.

Artigo 37 — É admissível a quebra de segredo profissional nos seguintes casos:

a) quando o paciente for menor e se tratar de lesão ou enfermidade que exija assistência ou medida profilática por parte da família, ou envolva responsabilidade de terceiros, cabendo ao médico revelar os fatos aos pais, tutores ou outras pessoas sob cuja guarda o dependência estiver o paciente;

b) para evitar o casamento de portador de defeito físico irremediável ou moléstia grave e transmissível por contágio ou herança capaz de por em risco a saúde do futuro cônjuge ou de sua descendência casos suscetíveis de motivar anulação de casamento, em que o médico esgotará, primeiros todos os idôneos para evitar a quebra de sigilo;

c) quando se tratar de feito delituoso previsto em lei e a gravidade de suas consequências sobre terceiros crie para o médico o imperativo de consciência para revelá-lo à autoridade competente.

Artigo 38 — A revelação do segredo médico faz-se necessária:

a) nos casos de doenças infecto-contagiosa de notificação compulsória ou de outras de declaração obrigatória (doenças profissionais, toxicomania etc.);

b) nas perícias judiciais;

c) quando o médico está revestido de função de que tenha de pronunciar-se sobre o estado do examinado (serviços biométricos, juntas de saúde, serviços de companhias de seguros etc.), devendo os laudos e pareceres ser nesses casos limitados ao mínimo indispensável, sem desvendar, se possível, o diagnóstico;

d) nos atestados de óbito;

e) em se tratamento de menores, nos casos de sevícias, castigos corporais, atentados ao pudor e supressão intencional de alimentos;

f) nos casos de crimes, quando houver inocente condenado e o cliente, culpado, não se apresentar à justiça, apesar dos conselhos e solicitações do médico;

g) nos casos de abortamento criminoso, desde que ressalvados os interesses da cliente.

Parágrafo único: É aconselhável o uso, em código da nomenclatura internacional de doenças e causas de morte.

Artigo 39 — Salvo nos casos previstos no artigo anterior, os atestados médicos só podem ser fornecidos, ao próprio interessado, neles ficando declarado que foram dados a pedido do mesmo, evitando-se ao máximo mencionar diagnóstico.

Artigo 40 — Os boletins médicos devem ser redigidos de modo que se não revele, direta ou indiretamente, moléstia ou situação que deva ficar em sigilo.

Artigo 41 — As papeletas e folhas de observações clínicas e respectivos fichários, em hospitais, maternidades, casas-de-saúde, etc., não podem ficar expostas ao conhecimento de estranhos.

Artigo 42 — O médico não poderá, em anúncios profissionais, inserir fotografias, nome, iniciais de nome, endereço ou qualquer outro elemento que identifique o doente, devendo adotar o mesmo critério dos relatos ou publicações em Sociedades Científicas e Jornadas Médicas.

Artigo 43 — Na cobrança de honorários, por meios judiciais ou outros, não pode o médico quebrar o segredo profissional, a que está vinculado.

Artigo 44 — O médico, investido na função de perito, não está preso ao segredo profissional para com a autoridade competente, ficando, entretanto, obrigado a guardar sigilo pericial.

Capítulo 6: Responsabilidade Profissional Médica

Artigo 45 — O médico responde civil e penalmente por atos profissionais danosos ao cliente, a que tenha dado causa a imperícia, imprudência, negligência ou infrações éticas.

- Artigo 46 — Deve o médico assumir sempre a responsabilidade dos próprios atos, constituindo prática desonesta atribuir indevidamente seus malogros a terceiros ou a circunstâncias ocasionais.
- Artigo 47 — O médico não é obrigado por lei atender ao doente que procure seus cuidados profissionais; porém cumpre-lhe fazê-lo em casos de urgência ou quando não haja localidade colega ou serviço médico em condições de prestar a assistência necessária.
- Artigo 48 — É da exclusiva competência do médico a escolha do tratamento para seu doente, devendo ele orientar-se sempre pelo princípio geral de "*primum non nocere*".
- Artigo 49 — O médico, salvo o caso de 'imminente perigo de vida', não praticará intervenção cirúrgica sem o prévio conhecimento tácito ou explícito do paciente e, tratando-se de menor ou de incapaz, de seu representante legal.
- Artigo 50 — O médico, tanto quanto possível, deve abster-se de praticar anestesia geral sem a presença do médico anestesista.
- Artigo 51 — São lícitas as intervenções cirúrgicas com finalidade estética, desde que necessárias ou quando o defeito a ser removido ou atenuado seja fator de desajustamento psíquico.
- Artigo 52 — A esterilização é condenada, podendo, entretanto, ser praticada em casos excepcionais, quando houver precisa indicação referendada por mais dois médicos ouvidos em conferência.
- Parágrafo único: Da conferência será lavrada ata em três (3) vias das quais uma será enviada ao Conselho Regional de Medicina, outra ao Diretor do estabelecimento em que vai realizar-se a intervenção, ficando a terceira em poder do profissional que executar o ato cirúrgico.
- Artigo 53 — A inseminação artificial heteróloga não é permitida; a homóloga poderá ser praticada se houver o consentimento expresso dos cônjuges.
- Artigo 54 — O médico não deverá provocar o abortamento, salvo quando não houver outro meio de salvar a vida da gestante ou quando a gravidez resultar de estupro, mas sempre depois do consentimento expresso da gestante ou de seu representante legal.
- § 1º Em qualquer desses casos, expressos na lei, o médico poderá intervir depois do parecer de pelo menos dois colegas, ouvidos em conferência.
- § 2º Da conferência será lavrada ata em três (3) vias, das quais uma será enviada ao Conselho Regional de Medicina, outra ao Diretor Clínico do estabelecimento em que vai realizar-se a intervenção, ficando a terceira em poder do profissional que executar o ato cirúrgico.
- Artigo 55 — No interesse exclusivo da saúde ou da vida da gestante, nos casos de abortamento já iniciado, espontâneo ou provocado, o médico poderá intervir, devendo sempre, a fim de ressaltar a sua responsabilidade, comunicar o fato, em documento escrito e sigiloso, ao Conselho Regional de Medicina.
- Artigo 56 — O médico não anunciará, clara ou veladamente, processo ou tratamento destinado a evitar a gravidez.
- Artigo 57 — O método não pode contribuir, direta ou indiretamente, para apressar a morte do doente.
- Artigo 58 — As experiências *in anima nobili* só poderão ser permitidas para fins estritamente de tratamento ou diagnóstico, sempre precedidas de consentimento do paciente, quando em perfeita higidez mental, ou de seus responsáveis, devidamente informados das possíveis conseqüências.
- Artigo 59 — São absolutamente interditas quaisquer experiências no homem, com fins bélicos, políticos, raciais ou eugênicos.
- Artigo 60 — É vedado ao médico atestar falsamente sanidade ou enfermidade, ou firmar atestado sem ter praticado os atos profissionais que o justifiquem.

Artigo 61 — O médico tem o dever de fornecer o atestado de óbito, se vinha prestando assistência médica ao paciente, mas somente o fará depois de certificado pelas repartições sanitárias competentes, declarando a exata *causa-mortis*, de acordo com a nomenclatura nosológica internacional de estatística demógrafo - sanitária.

§ 1º O médico não atestará óbito de pessoa a que não tenha prestado assistência médica, salvo caso de verificação médico-legal ou quando o paciente haja falecido sem assistência médica, em localidade onde não existe serviço de verificação de óbito.

§ 2º Quando houver motivo justificado para não fornecer o atestado de óbito, o médico comunicará o fato à autoridade competente.

Artigo 62 — A hipnose só poderá ser usada pelo médico, para fins terapêuticos ou de diagnóstico, quando houver rigorosa indicação científica, e, sempre que possível, por médico especializado.

Artigo 63 — O médico não deverá praticar a hipnose sem prévio consentimento, tácito ou explícito do paciente ou de seu representante legal, quando se tratar de menor ou incapaz de consentir.

Artigo 64 — O médico não deve empregar a hipnose ou outros quaisquer processos que possam alterar a personalidade ou a consciência do indivíduo, para fins de investigação policial ou judicial.

Capítulo 7: Honorários Profissionais

Artigo 65 — Devem os honorários aos médicos as pessoas, ou os responsáveis por elas, que lhes tenham solicitado serviços profissionais.

Artigo 66 — Só os profissionais legalmente habilitados para o exercício da medicina podem pretender cobrar honorários médicos.

Artigo 67 — O médico se conduzirá com moderação na fixação de seus honorários, não devendo fazê-lo arbitrariamente, mas, segundo a jurisprudência e a doutrina, atendendo os seguintes elementos:

- a) costume do lugar;
- b) condições em que o serviço foi prestado (hora, local, distância, urgência, meio de transporte etc.);
- c) trabalho e tempo despendidos;
- d) qualidade de serviço prestado e complexidade do caso.

Artigo 68 — O médico não deve pleitar honorários:

- a) por serviços prestados aos irmãos, cunhados e ascendentes ou descendentes diretos;
- b) por serviços prestados a colega que exerça a profissão ou a pessoa da respectiva família sob sua dependência, exceto quando se trate de práticas psicoterápicas, sendo lícito, sempre, porém, o recebimento do valor do material dispendido, na prestação de serviço;
- c) quando inicialmente os serviços foram declarados gratuitos;
- d) quando seus serviços não foram solicitados.

Artigo 69 — É reprovável:

- a) atender o médico gratuitamente a pessoas possuidoras de recursos, a não ser em condições personalíssimas;
- b) cobrar, sem motivos justificáveis, honorários inferiores aos estabelecidos pela praxe do lugar.

Artigo 70 — O médico pode estipular previamente seus honorários ou fixá-los no término dos seus serviços mas é censurável neles incluir despesas hospitalares ou farmacêuticas.

- Artigo 71 — É lícito ao médico procurar haver judicialmente seus honorários, mas, no decurso da lide, deve manter inviolável os preceitos da ética, não quebrando o segredo profissional, mas aguardando que perito nomeado para o arbitramento proceda as verificações necessárias.
- Artigo 72 — Quando no tratamento de um doente, cooperam, além do médico assistente, outros profissionais, as notas de honorários serão enviadas, separadamente ou em conjunto, mas nesta última hipótese será discriminada a importância que cabe a cada um dos médicos.
- Artigo 73 — É permitido ao médico afixar no consultório ou clínica tabela pormenorizada do preço de seus serviços.

Capítulo 8: Relações com instituições assistenciais e hospitalares, com auxiliares do Serviço Médico

- Artigo 74 — O trabalho coletivo ou em equipe não diminui a responsabilidade de cada profissional pelos seus atos e funções, como o estabelece o presente código, sendo os princípios deontológicos que se aplicam ao indivíduo os mesmos que regem as organizações de assistência médica.
- Artigo 75 — O médico não encaminhará a serviços gratuitos de instituições assistenciais ou hospitalares, doentes possuidores de recursos financeiros, quando disso tenha conhecimento.
- Artigo 76 — O médico não formulará, junto aos doentes, críticas aos serviços hospitalares ou assistenciais, à sua enfermagem ou aos seus médicos, devendo dirigi-las à apreciação das autoridades competentes.
- Parágrafo único: Tem o médico o direito de alegar falhas no regulamento das instituições médico-hospitalares, sobretudo quando as julgar indignas para o exercício da profissão e prejudiciais para o doente, devendo, entretanto, dirigi-las tão somente aos órgãos competentes.
- Artigo 77 — Quando investido em função de direção ou chefia, a relação do médico com seus colegas e demais auxiliares deverão ser reguladas no presente Código, não sendo lícito ao diretor ou chefe deixar de exigir de todos a fiel observância dos preceitos da ética, como não é o negar-lhes o apreço, a consideração, a solidariedade e seus legítimos direitos.
- Parágrafo único: O apreço, consideração, solidariedade, e respeito aos direitos legítimos de seus colegas não deverão implicar nunca no esquecimento, por estes, de suas obrigações, deveres e atenções, como subordinados hierárquicos, para com o colega em cargo de direção ou chefia.
- Artigo 78 — O médico terá, para com os enfermeiros e demais auxiliares, a urbanidade e consideração que merecem na sua nobre função, não lhe dificultando no cumprimento de suas obrigações e deles exigindo a fiel observância dos preceitos éticos.

Capítulo 9: Relações com a Saúde Pública

- Artigo 79 — O médico deverá colaborar com as autoridades competentes na preservação da saúde pública e respeitar a legislação sanitária e regulamentos em vigor.
- Artigo 80 — É vedado ao médico exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia.
- Artigo 81 — O médico que sofra de moléstia mental não pode exercer a profissão.

Capítulo 10: Relações com a Justiça

Artigo 82 — Sempre que nomeado perito, o médico deverá colaborar com a Justiça, esclarecendo-a em assunto de sua competência.

Parágrafo único: Ao médico perito é lícito requerer arbitramento de honorários pela autoridade competente, não lhe sendo permitido, porém, contratar pagamento com partes interessadas.

Artigo 83 — Quando, porque o assunto escape de sua competência, ou por motivo outro de força maior, decidir o médico renunciar sua função de perito para qual tenha sido nomeado, deverá em consideração à autoridade que o nomeou, solicitar-lhe dispensa do encargo antes de qualquer ato compromissório.

Artigo 84 — O médico não poderá ser perito de cliente seu, nem funcionar em perícia de que seja parte pessoa de sua família, ou amigo íntimo ou inimigo; e, quando for interessado na questão um colega, caber-lhe-á pôr de parte o espírito de classe ou camaradagem, procurando bem servir a justiça com consciência e imparcialidade.

Artigo 85 — O médico perito deverá exercer o mister com absoluta isenção, limitando-se à exposição de que tiver conhecido através de exames e observações, e nos seus laudos, não ultrapassará a esfera de suas atribuições e competência.

Artigo 86 — Toda vez que for obstado, por parte dos interessados, na sua função de perito, o médico deverá comunicar o fato à autoridade que o nomeou e aguardar solução.

Artigo 87 — O médico investido na função de perito não estará preso ao segredo profissional, devendo, entretanto, guardar sigilo pericial.

Artigo 88 — É condenável valer-se o médico de cargo que exerce ou de laços de parentesco ou amizades com autoridades administrativas ou judiciais, para pleitar função de perito.

Capítulo 11: Publicações de trabalhos científicos

Artigo 89 — Na publicação de trabalhos científicos serão observadas as seguintes normas:

a) as discordâncias em relação às opiniões ou trabalhos devem ter cunho estritamente impessoal; porém a crítica, que não pode visar ao autor, mas à matéria, não deve deixar de ser feita, pois que a tolerância e a indiferença por parte dos conhecedores da matéria é tão ofensiva à ética científica como o é a crítica pessoal e injusta à ética profissional;

b) quando os fatos forem examinados por dois ou mais médicos e houver combinação a respeito do trabalho, os termos de ajuste serão rigorosamente observados pelos participantes; haja ou não acordo, cada participante pode fazer publicação independente no que se refere ao setor em que atuou;

c) quando de pesquisas em colaboração, como nem sempre seja fácil distinguir o que cada um fez e nem seja praticável a publicação isolada, é de boa norma que na publicação seja dada igual ênfase aos autores, cumprindo porém, dar prioridade, na enumeração dos colaboradores, ao principal ou ao idealizador de trabalho ou da pesquisa;

d) em nenhum caso o médico se prevalecerá da disposição hierárquica para fazer publicar, em seu nome exclusivo, trabalhos de seus subordinados e assistentes, mesmo quando executado sob orientação;

e) não é lícito utilizar, sem referência ao autor ou sem sua autorização expressa, dados, informações ou opiniões colhidas em fontes não publicadas ou particulares;

f) em todo trabalho científico devem ser indicadas, de modo claro, quais as fontes de informações usadas, a fim de se evitem dúvidas quanto à autoridade das

pesquisas e sobre a citação de trabalhos não lidos, devendo ainda esclarecer-se bem quais os fatos referidos que não pertençam ao próprio autor do trabalho;

g) todo trabalho científico deve ser acompanhado da citação da bibliografia utilizada e caso o autor julgue útil citar outras publicações deverá deixar bem claro que não foram aproveitadas para a elaboração do trabalho;

h) não é lícito utilizar, sem referência ao autor ou sem sua autorização expressa dados, informações ou opiniões colhidas em fontes não publicadas ou particulares;

i) é vedado apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações, que na realidade não o sejam;

j) nas publicações de casos clínicos, a identidade do paciente deve ser omitida, inclusive na ilustração fotográfica, que não deve exceder o estritamente necessário ao bom entendimento e comprovação, tendo-se sempre em mente o respeito às normas do segredo médico;

l) sempre que possível, não deve o autor do trabalho médico - científico esquecer-se de citar os trabalhos nacionais sobre o mesmo assunto, pois que é preferível criticá-los que propositadamente deixar de referi-los.

Capítulo 12: Observância a aplicação do Código

Artigo 90 — Compete ao Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se encontrar o médico, a apuração das faltas que cometer contar este Código e a aplicação das penalidades previstas na legislação em vigor.

Artigo 91 — Deve o médico dar conhecimento ao Conselho Regional de sua jurisdição, com discríção e fundamento, dos fatos que constituam infração às normas deste Código.

Artigo 92 — Deve o médico consultar ao Conselho Regional de Medicina em que tiver sua inscrição, quando de dúvida a respeito da observância e da aplicação deste Código, ou quando de casos omissos.

Capítulo 13: Disposições gerais

Artigo 93 — As dúvidas na observância deste Código e os casos omissos, serão resolvidos pelos Conselhos Regionais de Medicina, *ad referendum* do Conselho Federal.

Artigo 94 — Compete ao Conselho Federal de Medicina firmar jurisprudência quanto aos casos omissos e fazê-los incorporar neste Código.

Artigo 95 — O presente Código de Ética, elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, nos termos do art. 30, da lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957, entrará em vigor na data de sua publicação no *Diário Oficial* da União.

Código Brasileiro de Deontologia Médica (1984)

Preâmbulo

As disposições do presente Código, especialmente aquelas que se referem às regras morais que todo médico deve respeitar, se impõem a todos os profissionais inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina.

Capítulo 1: Dos Princípios

- Princípio 1 — O médico exerce nobre e elevada profissão, sem discriminação de qualquer natureza, com plena consciência de sua responsabilidade para com o paciente e a sociedade.
- Princípio 2 — O alvo de toda atenção do médico é o paciente, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.
- Princípio 3 — A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter o seu trabalho remunerado de forma justa por salários ou honorários.
- Princípio 4 — O médico deve conduzir-se profissionalmente e socialmente com integral respeito à Constituição, à legislação e às normas que regulam o exercício da profissão.
- Princípio 5 — É dever do médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor progresso científico em benefício do paciente, agindo sempre com prudência e diligência.
- Princípio 6 — Deve o médico transmitir aos seus pacientes, aos colegas e ao público informações permitidas pelas normas que regulam a sua profissão.
- Princípio 7 — É da exclusiva competência do médico a escolha do tratamento, podendo em benefício do paciente, sempre que julgar necessário, solicitar a colaboração dos colegas.
- Princípio 8 — O médico não exercerá sua profissão em entidade pública ou privada onde lhe seja tolhida a independência profissional, não se lhe ofereçam condições de trabalho adequado ou não haja respeito aos princípios éticos estabelecidos.
- Princípio 9 — O médico, ainda que em caráter de pesquisa, guardará sempre absoluto respeito pela vida humana, desde a concepção até a morte, utilizando seus conhecimentos em benefício do paciente e jamais o fazendo para gerar sofrimento mental e físico ou extermínio do homem, nem para permitir ou encobrir tentativa contra sua dignidade ou integridade.
- Princípio 10 — O médico deve guardar segredo sobre fatos de que tenha conhecimento por tê-los presenciado ou deduzido no exercício de sua atividade profissional.
- Princípio 11 — O médico deve ter sempre para com seus colegas consideração, respeito e solidariedade que reflitam harmonia da classe, da forma a não diminuir o seu conceito perante a sociedade.
- Princípio 12 — O médico deve abster-se de atos que se caracterizam como mercantilização da Medicina, e combater-los quando praticados por outrem.
- Princípio 13 — O exercício da Medicina é livre, não se obrigando o médico a prestar serviços profissionais a quem ele não o deseje, salvo na ausência de outro médico ou em condições especiais previstas pela lei.
- Princípio 14 — Ao médico só é permitido atestar, certificar, testemunhar ou declarar, para qualquer fim, o que tenha examinado ou verificado pessoalmente, a pedido do interessado ou de seu responsável ou de quem lhe delegue função pericial ou de auditoria.

Princípio 15 — Sempre que investido em função pericial ou de auditoria, deve o médico pautar sua conduta rigorosamente dentro dos proceitos éticos.

Capítulo 2: Das Infrações

É vedado ao Médico no Exercício de sua Profissão:

Relações com a Sociedade e Outros Profissionais

- Artigo 1º — Deixar de utilizar todos os conhecimentos técnicos ou científicos, ao seu alcance, contra o sofrimento ou o extermínio do homem.
- Artigo 2º — Usar da profissão para corromper os costumes ou favorecer o crime.
- Artigo 3º — Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seu cuidado profissional.
- Artigo 4º — Acumular-se com os que exerçam ilegalmente a Medicina.
- Artigo 5º — Receitar sob forma secreta ou ilegível e assinar em branco folha de receituário ou de qualquer documento médico.
- Artigo 6º — Acobertar erro ou conduta imoral do colega.
- Artigo 7º — Deixar de assumir responsabilidade profissional pelos seus atos, atribuindo seus erros e ou malogros a outrem, à equipe, às circunstâncias ou à instituição.
- Artigo 8º — Desrespeitar a legislação vigente e não pautar os seus atos pelos mais rígidos princípios morais e éticos.
- Artigo 9º — Deixar de observar as normas de legislação sanitária.
- Artigo 10 — Participar, sob qualquer forma, da mercantilização da Medicina.

Responsabilidade Profissional Médica

- Artigo 11 — Deixar de atender paciente em circunstâncias nas quais o médico está obrigado a fazê-lo.
- Artigo 12 — Deixar de cumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, abortamento e esterilização.
- Artigo 13 — Praticar atos médicos ou participar deles, se forem ilícitos ou desnecessários.
- Artigo 14 — Deixar de apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições médicas e hospitalares onde trabalhe, quando os julgar indignos no exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, apenas aos órgãos competentes e obrigatoriamente ao Conselho Regional de Medicina.
- Artigo 15 — Desviar-se dos princípios éticos da profissão ao prestar serviço com qualquer vínculo à Medicina Social, Previdenciária e Securitária, mesmo que outras normas contrariem tais princípios.
- Artigo 16 — Praticar atos profissionais danosos aos pacientes que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.
- Artigo 17 — Exercer cargo ou função de especialista sem estar inscrito no Registro de Qualificação de Especialistas do Conselho Regional de Medicina.
- Artigo 18 — Deixar de atender às solicitações administrativas ou intimações para instrução de processo ético-profissional.
- Artigo 19 — Deixar de ter para com os Conselhos e seus membros o respeito que lhes é devido.

Responsabilidade com os Direitos Humanos

Artigo 20 — Participar, com seus conhecimentos técnicos ou científicos em contribuição indireta, de atos que resultem em extermínio ou dano à dignidade e à integridade física ou mental do ser humano.

Artigo 21 — Deixar, no exercício da profissão, de comunicar às autoridades competentes e ao Conselho Regional de Medicina conhecimentos de maus tratos, tortura ou qualquer forma de agressão à integridade física e mental do homem.

Relações com os Pacientes

Artigo 22 — Deixar de atender o paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja no local colega ou serviço médico em condições de fazê-lo ou não houver qualquer outra possibilidade de atendimento.

Artigo 23 — Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas ou consultas.

Artigo 24 — Efetuar, salvo diante de urgência ou emergência, qualquer ato médico sem o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável.

Artigo 25 — Deixar de informar o paciente, sua família ou responsável do diagnóstico, terapêutica, prognóstico e objetivos de tratamento, salvo quando a comunicação possa provocar danos ao paciente.

Artigo 26 — Exercer sua autoridade de maneira a limitar os direitos do paciente de decidir sobre sua pessoa e seu bem estar.

Artigo 27 Assumir a responsabilidade do tratamento de doença grave ou toxicomania de pessoa de sua família que viva sob sua dependência, salvo se na localidade não houver outro médico.

Artigo 28 — Abandonar, sem justa causa, o tratamento ou assistência ao paciente, mesmo em casos crônicos ou incuráveis, sem prévia comunicação ao paciente ou seu responsável.

Artigo 29 — Contribuir para apressar a morte do paciente ou usar meios artificiais, quando comprovada a morte cerebral.

Artigo 30 — Realizar pesquisa *in anima nobili*, sem estar devidamente autorizado e sem o necessário acompanhamento de Comissão Ética.

Artigo 31 — Empregar ou usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para o uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes, do consentimento do paciente ou de seu responsável, devidamente informado da situação e das possíveis consequências.

Artigo 32 — Participar de quaisquer tipos de experiência no homem com fins bélicos, políticos, raciais ou genéticos.

Relações com os Colegas

Artigo 33 — Deixar, no exercício da profissão, de ter para com os colegas apreço, consideração e solidariedade ou contribuir para a desarmonia ou desprestígio público da classe.

Artigo 34 — Praticar atos que impliquem concorrência desleal para com os colegas.

Artigo 35 — Renegar, sem anuência do Conselho Regional, compromisso assumido por escrito, em assembléia oficial da classe.

Artigo 36 — Recusar, sem justa causa, seus serviços profissionais ou sua colaboração a colega que os solicite.

Artigo 37 — Desviar, para si ou para outrem, por qualquer motivo, paciente de outro médico.

Artigo 38 — Comentar de forma desairosa a atuação profissional do colega.

- Artigo 39 — Alterar prescrição a pacientes de colega sem seu expresso consentimento ou dar-lhes atendimento, fora da situação de emergência, em hospitais ou estabelecimentos congêneres.
- Artigo 40 — Comportar-se durante reuniões médicas de forma hostil ou desrespeitosa aos colegas.
- Artigo 41 — Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus colegas subordinados atuem dentro dos princípios éticos.
- Artigo 42 — Deixar, tanto em cargo de direção ou chefia ou como subordinado, de respeitar as suas obrigações e deveres e atenções para com seus colegas.
- Artigo 43 — Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Segredo Médico

- Artigo 44 — Revelar fatos de que tenha conhecimento por tê-los presenciado ou deduzido no exercício de sua atividade profissional, permanecendo esta proibição mesmo que o paciente já tenha falecido, salvo em justa causa ou para obedecer a dever legal.
- Artigo 45 — Deixar de orientar os seus auxiliares no dever de guardar segredo profissional.
- Artigo 46 — Revelar diagnósticos ou tratamento sem expresso consentimento do paciente ou seu responsável.
- Artigo 47 — Ser signatário de Boletim Médico, em que não se respeite o segredo profissional.
- Artigo 48 — Deixar ao alcance de estranhos o prontuário ou fichas de pacientes sob tratamento em hospitais, clínicas e estabelecimentos congêneres.
- Artigo 49 — Apresentar nos trabalhos, levados a reuniões médicas ou publicações científicas, elementos pelos quais possa ser identificado o paciente, salvo prévia anuência deste.

Atestados Médicos

- Artigo 50 — Fornecer atestado sem ter praticado os atos profissionais que o justifiquem.
- Artigo 51 — Fornecer atestado ou relatórios de exames ou tratamentos realizados sem autorização do paciente ou seu responsável.
- Artigo 52 — Atestar óbito quando não tenha verificado pessoalmente a realidade da morte ou prestado assistência, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista em hospitais, clínicas ou estabelecimentos congêneres, ou em caso de necropsia ou verificação médico-legal, ou quando a morte tenha ocorrido em localidade onde não existe serviço de verificação de óbito.
- Artigo 53 — Deixar de atestar óbito de paciente a que vinha prestando assistência, exceto quando ignorar a causa da morte.

Perícia e Auditoria Médica

- Artigo 54 — Ser perito de cliente seu, pessoa de sua família, ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu julgamento.
- Artigo 55 — Deixar de atuar com absoluta isenção, quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar a esfera de suas atribuições e competência.
- Artigo 56 — Deixar de guardar sigilo pericial.
- Artigo 57 — Intervir nos atos profissionais de colegas, quando exercer função de auditor, reservando suas observações para o relatório.
- Artigo 58 — Aceitar que auditoria de atos médicos seja exercida por leigo.
- Artigo 59 — Fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando todas as possíveis observações para o laudo que elaborar.

Remuneração Profissional

- Artigo 60 — Permitir que seu trabalho profissional seja explorado por terceiros no sentido comercial ou político.
- Artigo 61 — Receber ou pagar remuneração, comissão, vantagem ou percentagem que não correspondam a serviço profissional efetivo e licitamente prestado, ou receber ou pagar remuneração, comissão ou vantagem por cliente encaminhado ou recebido.
- Artigo 62 — Aliciar, por qualquer meio, para clínica particular ou entidades de qualquer natureza, paciente que tenha atendido em virtude de sua função em instituições de qualquer espécie.
- Artigo 63 — Obter vantagem econômica com o trabalho de outro médico.
- Artigo 64 — Reter, a qualquer pretexto, honorários de outros médicos.
- Artigo 65 — Deixar de apresentar individualmente a conta de honorários, quando mais de um médico prestar serviços ao mesmo paciente.
- Artigo 66 — Prestar serviços profissionais a preços vis ou extorsivos.
- Artigo 67 — Deixar de conceder aos colegas que se encontrem no exercício da profissão e a seus dependentes legais reduções possíveis no custo dos serviços profissionais.

Publicidade e Publicação de Trabalhos Científicos

- Artigo 68 — Fazer publicidade em desacordo com a legislação vigente e com as normas do Conselho Federal de Medicina.
- Artigo 69 — Anunciar títulos científicos que não possa comprovar, ou especialidades nas quais não esteja inscrito no Registro de Qualificação de Especialista do Conselho Federal de Medicina.
- Artigo 70 — Apresentar ao público leigo técnicas e métodos científicos que devam limitar-se ao ambiente médico.
- Artigo 71 — Divulgar informações sobre assuntos médicos que possam causar intranquilidade ou sensacionalismo.
- Artigo 72 — Participar, como médico, de anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza.
- Artigo 73 — Utilizar agenciadores para angariar serviços ou clientela.
- Artigo 74 — Anunciar a cura de doenças, o emprego de métodos infalíveis ou secretos de tratamento e, ainda que veladamente, a prática de intervenções ilícitas.
- Artigo 75 — Dar consulta, diagnóstico ou receita por qualquer meio de comunicação e divulgar ou permitir a publicação de observações clínicas na imprensa leiga.
- Artigo 76 — Criticar, no meio leigo, trabalhos científicos apresentados ou publicados por colegas.
- Artigo 77 — Prevaler-se da posição hierárquica para fazer publicar, em seu nome exclusivo, trabalhos científicos de seus assistentes ou subordinados, mesmo quando executados sob sua orientação.
- Artigo 78 — Utilizar-se, sem referência ao autor ou sem sua autorização expressa, dados, informações ou opiniões colhidos em fontes não publicadas ou, ainda, apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.
- Artigo 79 — Deturpar dados estatísticos.

Aprovado pela Resolução do CFM nº 1.154, de 13/04/84.
Publicado no D.O. de 25/05/84. Sessão I, p. I – pág. 7497.

Código de Ética Médica (1988)

Elaborado durante a Primeira Conferência de Ética Médica, no Rio de Janeiro, 24-28 de novembro de 1987 e aprovado pela Resolução CFM n.º. 1246/88.

Preâmbulo

- I* O presente Código contém as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem.
- II* As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.
- III* Para o exercício da Medicina, impõem-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal.
- IV* A fim de garantir o acatamento e cabal execução deste Código, cabe ao médico comunicar ao Conselho Regional de Medicina, com discrição e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e que caracterizem possível infringência do presente Código das Normas que regulam o exercício da Medicina.
- V* A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das Comissões de Ética, das autoridades da área da saúde e dos médicos em geral.
- VI* Os infratores do presente Código sujeitar-se-ão às penas disciplinares previstas em lei.

Capítulo I: Princípios Fundamentais

- Artigo 1º — A Medicina é a profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.
- Artigo 2º — O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.
- Artigo 3º — A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve Ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.
- Artigo 4º — Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.
- Artigo 5º — O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.
- Artigo 6º — O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.
- Artigo 7º — O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.
- Artigo 8º — O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.
- Artigo 9º — A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio.
- Artigo 10 — O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

- Artigo 11 — O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.
- Artigo 12 — O médico deve buscar a melhor adequação do seu trabalho ao ser humano e a eliminação ou controle dos riscos inerentes ao trabalho.
- Artigo 13 — O médico deve denunciar às autoridades competentes quaisquer formas de poluição ou deterioração do meio ambiente, prejudiciais à saúde e à vida.
- Artigo 14 — O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.
- Artigo 15 — Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico.
- Artigo 16 — Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha por parte do médico dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.
- Artigo 17 — O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina.
- Artigo 18 — As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.
- Artigo 19 — O médico deve ter, para com seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comunidade de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

Capítulo II: Direitos do Médico

É direito do médico:

- Artigo 20 — Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, opção sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.
- Artigo 21 — Indicar procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidas e respeitando as normas legais vigentes no País.
- Artigo 22 — Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.
- Artigo 23 — Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente.
- Artigo 24 — Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.
- Artigo 25 — Internar e assistir seus pacientes em hospitais com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição.

- Artigo 26 — Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.
- Artigo 27 — Dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente.
- Artigo 28 — Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Capítulo III: Responsabilidade Profissional

É vedado ao médico:

- Artigo 29 — Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.
- Artigo 30 — Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.
- Artigo 31 — Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.
- Artigo 32 — Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.
- Artigo 33 — Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou, ou do qual não participou efetivamente.
- Artigo 34 — Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.
- Artigo 35 — Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.
- Artigo 36 — Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.
- Artigo 37 — Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.
- Artigo 38 — Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina, ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos.
- Artigo 39 — Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.
- Artigo 40 — Deixar de esclarecer o trabalhador sobre condições de trabalho que ponham em risco a sua saúde, devendo comunicar o fato aos responsáveis, às autoridades e ao Conselho Regional de Medicina.
- Artigo 41 — Deixar de esclarecer o paciente sobre determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.
- Artigo 42 — Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.
- Artigo 43 — Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.
- Artigo 44 — Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.
- Artigo 45 — Deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regional de Medicina e atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações, no prazo determinado.

Capítulo IV: Direitos Humanos

É vedado ao médico:

Artigo 46 — Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Artigo 47 — Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Artigo 48 — Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.

Artigo 49 — Participar da prática de tortura ou outras formas de procedimento degradantes, desumanas ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento.

Artigo 50 — Fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que facilitem a prática de tortura ou outras formas de procedimento degradantes, desumanas ou cruéis, em relação à pessoa.

Artigo 51 — Alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em grave de fome que for considerada capaz, física e mentalmente, de fazer juízo perfeito das possíveis consequências de sua atitude. Em tais casos, deve o médico fazê-la ciente das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de perigo de vida iminente, tratá-la.

Artigo 52 — Usar qualquer processo que possa alterar a personalidade ou a consciência da pessoa, com a finalidade de diminuir sua resistência física ou mental em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Artigo 53 — Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente, ao exercer a profissão em qualquer instituição na qual o mesmo esteja recolhido independentemente da própria vontade.

Parágrafo único: Ocorrendo quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou psíquica dos pacientes a ele confiados, o médico está obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 54 — Fornecer meio, instrumento, substância, conhecimentos, ou participar, de qualquer maneira, na execução de pena de morte.

Artigo 55 — Usar da profissão para corromper os costumes, cometer ou favorecer crime.

Capítulo V: Relação com Pacientes e Familiares

É vedado ao médico:

Artigo 56 — Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticos ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

Artigo 57 — Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Artigo 58 — Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Artigo 59 — Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivo do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo tempo provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao responsável legal.

Artigo 60 — Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Artigo 61 — Abandonar o paciente sob seus cuidados.

§ 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da comunidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º Salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou a seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar sofrimento físico ou psíquico.

Artigo 62 — Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento.

Artigo 63 — Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Artigo 64 — Opor-se à realização de conferência médica solicitada pelo paciente ou seu responsável legal.

Artigo 65 — Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política.

Artigo 66 — Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.

Artigo 67 — Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.

Artigo 68 — Praticar fecundação artificial sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o procedimento.

Artigo 69 — Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.

Artigo 70 — Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias á sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

Artigo 71 — Deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento, ou na alta, se solicitado.

Capítulo VI: Doação e Transplante de órgão e Tecidos

É vedado ao médico:

Artigo 72 — Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspensão dos meios artificiais de prolongamento da vida de possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Artigo 73 — Deixar, em caso de transplante, de explicar ao doador ou seu responsável legal, e ao receptor, ou seu responsável legal, em termos compreensíveis, os riscos de exames, cirurgias ou outros procedimentos.

Artigo 74 — Retirar órgão de doador vivo quando interdito ou incapaz, mesmo com autorização de seu responsável legal.

Artigo 75 — Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou tecidos humanos.

Capítulo VII: Relações entre Médicos

É vedado ao médico:

Artigo 76 — Servir-se de sua posição hierárquica para impedir, por motivo econômico, político, ideológico ou qualquer outro, que médico utilize as instalações e demais recursos da instituição sob sua direção, particularmente quando se trate da única existente na localidade.

Artigo 77 — Assumir emprego, cargo ou função, sucedendo a médico demitido ou afastado em represália a atitude de defesa de movimentos legítimos de categoria ou da aplicação deste Código.

- Artigo 78 — Posicionar-se contrariamente a movimentos legítimos da categoria médica, com a finalidade de obter vantagens.
- Artigo 79 — Acobertar erro ou conduta antiética de médico.
- Artigo 80 — Praticar concorrência desleal com outro médico.
- Artigo 81 — Alterar prescrição ou tratamento do paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.
- Artigo 82 — Deixar de encaminhar de volta ao médico assistente o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado, devendo, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que se responsabilizou pelo paciente.
- Artigo 83 — Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou seu responsável legal.
- Artigo 84 — Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade, ao ser substituído no final do turno de trabalho.
- Artigo 85 — Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Capítulo VIII: Remuneração Profissional

É vedado ao médico:

- Artigo 86 — Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive através de convênios.
- Artigo 87 — Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados.
- Artigo 88 — Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários.
- Artigo 89 — Deixar de se conduzir com moderação na fixação de seus honorários, devendo considerar as limitações econômicas do paciente, as circunstâncias do atendimento e a prática do local.
- Artigo 90 — Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo do provável dos procedimentos propostos, quando solicitado.
- Artigo 91 — Firmar qualquer contrato de assistência médica que subordine os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.
- Artigo 92 — Explorar o trabalho médico como proprietário, sócio ou dirigente de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos, bem como auferir lucro sobre o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe.
- Artigo 93 — Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente que tenha atendido em virtude de sua função em instituições públicas.
- Artigo 94 — Utilizar-se de instituições públicas para execução de procedimentos médicos em pacientes de sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.
- Artigo 95 — Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos; ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.
- Artigo 96 — Reduzir, quando em função de direção ou chefia, a remuneração devida ao médico, utilizando-se de descontos a título de taxa de administração ou quaisquer artifícios.
- Artigo 97 — Reter, a qualquer pretexto, remuneração de médicos e outros profissionais.
- Artigo 98 — Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, laboratório farmacêutico, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou

comercialização de produtos de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando se tratar de exercício da Medicina do Trabalho.

Artigo 99 — Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra de influência direta em virtude da sua atividade profissional.

Artigo 100 — Deixar de apresentar, separadamente, seus honorários quando no atendimento ao paciente participarem outros profissionais.

Artigo 101 — Oferecer seus serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza.

Capítulo IX: Segredo Médico

É vedado ao médico:

Artigo 102 — Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único: Permanece essa proibição:

a. Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.

b. Quando do depoimento como testemunha. Nessa hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

Artigo 103 — Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de aliviar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Artigo 104 — Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programa de rádio, televisão ou cinema e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações legais.

Artigo 105 — Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores inclusive por exigência dos dirigentes e de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Artigo 106 — Prestar a empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte do paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.

Artigo 107 — Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.

Artigo 108 — Facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

Artigo 109 — Deixar de guardar o segredo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

Capítulo X: Atestado e Boletim Médico

É vedado ao médico:

Artigo 110 — Fornecer atestado sem ter praticado ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

Artigo 111 — Utilizar-se do ato de atestar como forma de angariar clientela.

Artigo 112 — Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Parágrafo único: O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direto inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração de honorários.

Artigo 113 — Utilizar-se de formulários de instituições públicas para atestar fatos verificados em clínica privada.

Artigo 114 — Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Artigo 115 — Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Artigo 116 — Expedir boletim médico falso ou tendencioso.

Artigo 117 — Elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal.

Capítulo XI: Perícia Médica

É vedado ao médico:

Artigo 118 — Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência.

Artigo 119 — Assinar laudos periciais ou verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame.

Artigo 120 — Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho.

Artigo 121 — Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas obrigações para o relatório.

Capítulo XII: Pesquisa Médica

É vedado ao médico:

Artigo 122 — Participar de qualquer tipo de experiência no ser humano com fins bélicos, políticos, raciais ou eugênicos.

Artigo 123 — Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido, sobre a natureza e consequências da pesquisa.

Parágrafo único: Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento, a Pesquisa somente poderá ser realizada, em seu próprio benefício, após expressa autorização de seu responsável legal.

Artigo 124 — Usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis consequências.

Artigo 125 — Promover pesquisa médica na comunidade sem o conhecimento dessa coletividade e sem que o objetivo seja a proteção da saúde pública, respeitadas as características locais.

Artigo 126 — Obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participe.

Artigo 127 — Realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo a aprovação e acompanhamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador.

- Artigo 128 — Realizar pesquisa médica em voluntários, sadios ou não, que tenham direta ou indiretamente dependência ou subordinação relativamente ao pesquisador.
- Artigo 129 — Executar ou participar de Pesquisa médica em que haja necessidade de suspender ou de deixar de usar terapêutica consagrada e, com isso, prejudicar o paciente.
- Artigo 130 — Realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em pacientes com afecção incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais.

Capítulo XIII: Publicidade e Trabalhos Científicos

É vedado ao médico:

- Artigo 131 — Permitir que sua participação, na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.
- Artigo 132 — Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.
- Artigo 133 — Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por órgão competente.
- Artigo 134 — Dar consulta, diagnóstico ou prescrição, por intermédio de qualquer veículo de comunicação de massa.
- Artigo 135 — Anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade para a qual não esteja qualificado.
- Artigo 136 — Participar de anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza, valendo-se de sua profissão.
- Artigo 137 — Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação.
- Artigo 138 — Utilizar-se, sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, de dados, informações, ou opiniões ainda não publicadas.
- Artigo 139 — Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.
- Artigo 140 — Falsear dados estatísticos ou deturpar sua interpretação científica.

Capítulo XIV: Disposições Gerais

- Artigo 141 — O médico portador de doença incapacitante para o exercício da Medicina, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.
- Artigo 142 — O médico está obrigado a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselho Federal e Regionais de Medicina.
- Artigo 143 — O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e a atualização do presente Código, quando necessárias.
- Artigo 144 — As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.
- Artigo 145 — O presente Código entrará em vigor na data de sua publicação e revoga o Código de Ética Médica (DOU de 11/01/65), o Código Brasileiro de Deontologia Médica (Resolução CFM n. 1.154 de 13/04/84) e demais disposições em contrário.

LEI N.º 3.268, DE 30 DE SETEMBRO DE 1957**(D.O.U. DE 4/10/57)****Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências**

O presidente da República:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Artigo 1º — O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, instituídos pelo Decreto - Lei n.º 7.955, de 13 de setembro de 1945, passam a constituir em seu conjunto uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira.

Artigo 2º — O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

Artigo 3º — Haverá na Capital da República um Conselho Federal, com jurisdição em todo o Território Nacional ao qual subordinados os Conselhos Regionais, e, em cada capital de Estado e Território e no Distrito Federal, um Conselho Regional, denominado segundo sua jurisdição, que alcançará, respectivamente, a do Estado, a do Território e a do Distrito Federal.

Artigo 4º — O Conselho Federal de Medicina, compor-se-á de 10(dez) membros e outros tantos suplentes, de nacionalidade brasileira.

Parágrafo Único: Dos 10 (dez) membros e respectivos suplentes do Conselho Federal, 9(nove) serão eleitos por escrutínio secreto e maioria absoluta de votos, em assembleia dos delegados dos Conselhos Regionais, e o restante pela Associação Médica Brasileira.

Artigo 5º — São atribuições do Conselho Federal:

- a)organizar o seu regimento interno;
- b)aprovar os regimentos internos organizados pelos Conselhos Regionais;
- c)eleger o Presidente e o Secretário Geral do Conselho;
- d)votar e alterar o Código de Deontologia Médica, ouvidos os Conselhos Regionais;
- e)promover quaisquer diligências ou verificações relativas ao funcionamento dos Conselhos de Medicina, nos Estados ou Territórios e Distrito Federal, quando necessárias, providências convenientes a bem da sua eficiência e regularidade, inclusive a designação de diretoria provisória;
- f)propor ao Governo Federal a emenda ou alteração do Regulamento desta lei;
- g)expedir as instruções necessárias ao bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
- h)tomar conhecimento de quaisquer dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais e dirimi-las;
- i)em grau de recurso por provocação dos Conselhos Regionais, ou de qualquer interessado, deliberar sobre admissão de membros nos Conselhos Regionais e sobre penalidades impostas aos mesmos pelos referidos Conselhos.

Artigo 6º — O mandato dos membros do Conselho Federal de Medicina será meramente honorífico e durará 5 (cinco) anos.

Artigo 7º — Na primeira reunião ordinária do Conselho Federal, será eleita a sua diretoria, composta de presidente, vice-presidente, secretário geral, primeiro e segundo secretário, tesoureiro, na forma do regimento.

Artigo 8º — Ao presidente do Conselho Federal compete a direção do mesmo Conselho cabendo-lhe velar pela conservação do decoro e da independência dos Conselho de Medicina e pelo livre exercício legal dos direitos de seus membros.

Artigo 9º — O secretário geral terá a seu cargo a secretaria permanente do Conselho Federal.

Artigo 10 — O presidente e o secretário - geral residirão no Distrito Federal durante o tempo de seus mandatos.

Artigo 11 — A renda do Conselho Federal será constituída de:

- a) 20% (vinte por cento) da totalidade do imposto sindical pago pelos médicos;
- b) 1/3 (um terço) da taxa de expedição das carteiras profissionais;
- c) 1/3 (um terço) das multas aplicadas pelos Conselhos Regionais;
- d) doações e legados;
- e) subvenções oficiais;
- f) bens e valores adquiridos;
- g) 1/3 (um terço) das anuidades percebidas pelos Conselhos Regionais.

Artigo 12 — Os Conselhos Regionais serão instalados em cada capital de Estado, na de Território e no Distrito Federal, onde terão sua sede, sendo compostos de 5 (cinco) membros, quando o Conselho tiver até 50 (cinquenta) médicos inscritos, de 10 (dez), até 150 (cento e cinquenta) médicos inscritos, de 15 (quinze) até 300 (trezentos) inscritos, e, finalmente de 21 (vinte e um), quando excedido esse número.

Artigo 13 — Os membros dos Conselhos Regionais de Medicina, com exceção de um que será escolhido, pela Associação Médica, sediada na Capital do respectivo Estado, federada à Associação Médica Brasileira, serão eleitos, em escrutínio secreto, em assembleia dos inscritos de cada região e que estejam em pleno gozo de seus direitos.

§ 1º - As eleições para os Conselhos Regionais serão feitas sem discriminação de cargos, que serão providos na primeira reunião ordinária dos mesmos.

§ 2º - O mandato dos membros dos Conselhos Regionais será meramente honorífico, e exigida como requisito para a eleição a qualidade de brasileiro nato ou naturalizado.

Artigo 14 — A Diretoria de cada Conselho Regional compor-se-á de presidente, vice-presidente, primeiro e segundo secretário e tesoureiro.

Parágrafo único: Nos Conselhos Regionais onde o quadro abranger menos de 20 (vinte) médicos inscritos, poderão ser suprimidos os cargos de vice-presidente e os de primeiro e ou segundo secretários ou alguns destes.

Artigo 15 — São atribuições dos Conselhos Regionais:

- a) deliberar sobre inscrição e cancelamento do quadro do Conselho;

- b)manter um registro dos médicos, legalmente habilitados, com exercício na respectiva Região;
- c)fiscalizar o exercício da profissão de médico;
- d)conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem;
- e)elaborar a proposta do seu regimento interno, submetendo-a à aprovação do Conselho Federal;
- f)expedir carteira profissional;
- g)velar pela conservação da honra e da independência do Conselho, e pelo livre exercício legal dos direitos dos médicos;
- h)promover, por todos os meios ao seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da medicina e o prestígio e bom conceito da medicina, da profissão e dos que a exerçam;
- i)publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados;
- j)exercer os atos de jurisdição que por lei lhes sejam concedidos;
- k)representar ao Conselho Federal de Medicina sobre providências necessárias para a regularidade dos serviços e da fiscalização do exercício da profissão.

Artigo 16 — A renda dos Conselhos Regionais será constituída de:

- a)taxa de inscrição;
- b)2/3 (dois terços) da taxa de expedição de carteiras profissionais;
- c)2/3 (dois terços) da anuidade paga pelos médicos inscritos no Conselho Regional;
- d)2/3 (dois terços) das multas aplicadas de acordo com o parágrafo 1º do art. 26;
- e)doações e legados;
- f)subvenções oficiais;
- g)bens e valores adquiridos.

Artigo 17 — Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer dos seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Artigo 18 — Aos profissionais registrados de acordo com esta lei será entregue uma carteira profissional que os habilitará ao exercício da medicina em todo o País.

§ 1º No caso em que o profissional tiver de exercer temporariamente a medicina em outra jurisdição, apresentará sua carteira para ser visada pelo Presidente do Conselho Regional desta Jurisdição.

§ 2º Se o médico inscrito no Conselho Regional de um Estado passar a exercer, de modo permanente, atividade em outra região, assim se entendendo o exercício da profissão por mais de 90 (noventa) dias, na nova jurisdição, ficará obrigado a requerer inscrição secundária no quadro respectivo, ou para ele se transferir, sujeito, em ambos os casos, à jurisdição do Conselho local pelos atos praticados em qualquer jurisdição.

§ 3º Quando deixar, temporária ou definitivamente, de exercer atividade profissional, o profissional restituirá a carteira à Secretaria do Conselho onde estiver inscrito.

§ 4º No prontuário do médico serão feitas quaisquer anotações referentes ao mesmo inclusive os elogios e penalidades.

Artigo 19-A carteira profissional, de que trata o art. 18, valerá como documento de identidade e terá fé pública.

Artigo 20-Todo aquele que mediante anúncios, placas, cartões ou outros meios quaisquer, se propuser ao exercício da medicina, em qualquer dos ramos ou especialidades, fica sujeito às penalidades aplicáveis ao exercício ilegal da profissão, se não estiver devidamente registrado.

Artigo 21-O poder de disciplinar e aplicar penalidades aos médicos compete exclusivamente ao Conselho Regional, em que estavam inscritos ao tempo do fato punível ou em que ocorreu, nos termos do art. 18 § 1º.

Parágrafo Único- A jurisdição disciplinar estabelecida neste artigo não derroga a jurisdição comum quando o fato constitua crime punido em lei.

Artigo 22-As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais aos seus membros são as seguintes:

- a) advertência confidencial em aviso reservado;
- b) censura confidencial em aviso reservado;
- c) censura pública em publicação oficial;
- d) suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias;
- e) cassação do exercício profissional, *ad referendum* do Conselho Federal.

§ 1º-Salvo os casos de gravidade manifesta que exijam aplicação imediata da penalidade mais grave, a imposição de penas obedecerá à gradação deste artigo.

§ 2º-Em matéria disciplinar, o Conselho Regional deliberará de ofício ou em consequência de representação de autoridade, de qualquer membro ou de pessoa estranha ao Conselho interessada no caso.

§ 3º-À deliberação do Conselho precederá, sempre, audiência do acusado, sendo-lhe dado defensor, no caso de não ser encontrado, ou for revel.

§ 4º-Da imposição de qualquer penalidade caberá recurso, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da ciência, para o Conselho Federal, sem efeito suspensivo, salvo os caos das alíneas c, d e e, em que o efeito será suspensivo.

§ 5º-Além do recurso previsto no parágrafo anterior, não caberá qualquer outro de natureza administrativa, salvo aos interessados a via judiciária para as ações que forem devidas.

§ 6º-As denúncias contra membros dos Conselhos Regionais só serão recebidas quando devidamente assinadas e acompanhada da indicação de elementos comprobatórios do alegado.

Artigo 23- Constituem a assembléia geral de cada Conselho Regional os médicos inscritos que se achem em pleno gozo de seus direitos e tenham aí a sede principal de sua atividade profissional.

Parágrafo Único - A assembléia geral será dirigida pelo presidente e os secretários do Conselho Regional respectivo.

Artigo 24-À assembléia geral compete:

I- ouvir a leitura e discutir o relatório e contas da diretoria; Para esse fim se reunirá ao menos uma vez por ano, sendo nos anos em que se tenha de realizar a eleição do Conselho Regional, 30 (trinta) a 45 (quarenta e cinco) dias da data fixada para essa eleição.

II- autorizar a alienação de imóveis do patrimônio do Conselho;

III- fixar ou alterar as taxas de contribuições cobradas pelo Conselho pelos serviços praticados;

IV- deliberar sobre as questões ou consultas submetidas à sua decisão pelo Conselho ou pela Diretoria;

V- eleger um delegado e um suplente para eleição dos membros e suplentes do Conselho Federal.

Artigo 25- A assembléia geral, em primeira convocação, reunir-se-á com a maioria absoluta de seus membros e, em segunda convocação, com qualquer número de membros presentes.

Parágrafo Único - As deliberações serão tomadas por maioria de votos dos presentes.

Artigo 26- O voto é pessoal e obrigatório em toda eleição, salvo doença ou ausência comprovadas plenamente.

§ 1º- Por falta injustificada à eleição, incorrerá o membro do Conselho na multa de CR\$ 0,20 (vinte centavos) dobrada na reincidência.

§ 2º- Os médicos que se encontrarem fora da sede das eleições, por ocasião destas, poderão dar seu voto em dupla sobrecarta, opaca, fechada e remetida pelo Correio, sob registro, por ofício com firma reconhecida, ao Presidente do Conselho Regional.

§ 3º- Serão computadas as cédulas recebidas, com a formalidades do parágrafo precedente, até o momento de encerrar-se a votação. A sobrecarta maior será aberta pelo Presidente do Conselho, que depositará a sobrecarta menor na urna, sem violar o segredo do voto.

§ 4º- As eleições serão anunciadas no órgão oficial e em jornal de grande circulação com 30(trinta) dias de antecedência.

§ 5º- As eleições serão feitas por escrutínio secreto, perante o Conselho, podendo, quando haja mais de duzentos votantes, determinarem-se locais diversos para o recebimento dos votos, permanecendo, neste caso, em cada local, dois diretores ou médicos inscritos designados pelo Conselho.

§ 6º-Em cada eleição os votos serão recebidos durante 6 (seis) horas contínuas, pelo menos.

Artigo 27-A inscrição dos profissionais já registrados nos órgãos de saúde pública na data da presente lei, será feita independente da apresentação de títulos, diplomas, certificados ou cartas registradas no Ministério da Educação e Cultura, mediante prova do registro na repartição competente.

Artigo 28-O atual Conselho Federal de Medicina designará diretorias provisórias para os Conselhos Regionais do Estados, Territórios e Distrito Federal onde não houverem ainda sido instalados, que tomarão a seu cargo a sua instalação e convocação, dentro de 180 (cento e oitenta) dias, da assembléia geral, que elegerá o Conselho Regional respectivo.

Artigo 29-O Conselho Federal de Medicina baixará instruções no sentido de promover a coincidência dos mandatos dos membros dos Conselho Regionais já instalados e dos que virem a ser organizados.

Artigo 30-Enquanto não for elaborado e aprovado pelo Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais, o Código de Deontologia Médica, vigorará o Código de Ética da Associação Médica Brasileira. (*)

Artigo 31-O pessoal a serviço dos Conselhos de Medicina será inscrito, para efeito de previdência social, no Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado, em conformidade com o art. 2º do Decreto-lei n.º 3.347 de 12 de junho de 1941.

Artigo 32-As diretorias provisórias, a que se refere o art. 28, organizarão a tabela de emolumentos devidos pelos inscritos, submetendo-a à aprovação do Conselho federal.

Artigo 33-O Poder Executivo providenciará a entrega ao Conselho Federal de Medicina, logo após a publicação da presente lei, de 40% (quarenta por cento) da totalidade do imposto sindical pago pelos médicos a fim de que sejam empregados na instalação do mesmo Conselho e dos Conselhos Regionais.

Artigo 34-O Governo Federal tomará medidas para a instalação condigna dos Conselhos de Medicina no Distrito Federal e nas capitais dos Estados e Território, tanto quanto possível em edifícios públicos.

Artigo 35-O Conselho Federal de medicina elaborará o projeto de decreto de regulamentação desta lei apresentando-o ao Poder Executivo dentro de 120 (cento e vinte) dias, a contar da data de sua publicação.

Artigo 36-Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogados o Decreto-lei 7.955, de 13-9-1945, e disposições em contrário.

RIO DE JANEIRO, 30-9-1957, 136º da independência e 69º da República.

JUSCELINO KUBITSCHEK
Clovis Salgado,
Parsifal Barroso,
Maurício de Medeiros.

**DECRETON ° 44.045,
DE 19 DE JULHO DE 1958
(D.O.U. DE 25/7/58)**

Aprova o regulamento do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina a que se refere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957.

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o artigo 87, inciso I, da Constituição, decreta:

Art.1º-Fica aprovado o Regulamento do Conselho Federal de Medicina e Conselhos Regionais de Medicina que, assinado pelo Ministro de Estado dos Negócios da Saúde, com este baixa.

Art.2º-Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, em 19 de julho de 1958; 137º da Independência e 70º da República.

JUSCELINO KUBITSCHEK
Mário Pinotti

REGULAMENTO A QUE SE REFERE
A LEI N.º 3.268, DE 30 DE SETEMBRO DE 1957
(Decreto n.º 44.045 de 25/07/58)

CAPÍTULO I

Da Inscrição

Art.1º-Os médicos legalmente habilitados ao exercício da profissão em virtude dos diplomas que lhes foram conferidos pelas Faculdades de Medicina oficiais ou reconhecidas do país só poderão desempenhá-lo efetivamente depois de inscreverem-se nos Conselhos Regionais de Medicina que jurisdicionarem a área de sua atividade profissional.

Parágrafo único - A obrigatoriedade da inscrição a que se refere o presente artigo abrange todos os profissionais militantes, sem distinção de cargos ou funções públicas.

Art.2º-O pedido de inscrição do médico deverá ser dirigido ao Presidente do competente Conselho Regional de Medicina, com declaração de:

- a)nome por extenso;
- b)nacionalidade;
- c)estado civil;
- d)data e lugar do nascimento;
- e)filiação; e
- f)Faculdade de Medicina pela qual se formou, sendo obrigatório o reconhecimento da firma do requerente.

§ 1º-O requerimento de inscrição deverá ser acompanhado da seguinte documentação;

- a)original ou fotocópia autenticada do diploma de formatura devidamente registrado no Ministério da Educação e Cultura;
- b)prova de quitação com o serviço militar (se for varão);
- c)prova de habilitação eleitoral;
- d)prova de quitação do imposto sindical;
- e)declaração dos cargos particulares ou das funções públicas de natureza médica que o requerente tenha exercido antes do presente Regulamento;
- f)prova de revalidação do diploma de formatura, de conformidade com a legislação em vigor, quando o requerente, brasileiro ou não, se tiver formado por Faculdade de medicina estrangeira;
- g)prova de registro no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia.

§ 2º-Quando o médico já tiver sido registrado pelas Repartições do Ministério da Saúde até trinta(30) de setembro de 1957, sua inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina prescindirá da apresentação de diplomas, certificados ou cartas registradas no Ministério de Educação e Cultura, contanto que conste prova de registro naquelas Repartições do Ministério da Saúde.

§ 3º-Além dos documentos especificados nos parágrafos anteriores, os Conselhos Regionais de Medicina poderão exigir dos requerentes ainda outros documentos que sejam julgados necessários para a complementação da inscrição.

Art.3º-A efetivação real do registro do médico só existirá depois da sua inscrição nos assentamentos dos Conselhos Regionais de Medicina e também depois da expedição da

Carteira Profissional estatuída nos artigos 18 e 19 da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, cuja obtenção pelos interessados exige o pagamento prévio desse documento e o pagamento prévio da primeira anuidade, nos termos do art. 7º § 1º e 2º do presente Regulamento.

Parágrafo Único - Para todos os Conselhos Regionais de Medicina serão uniformes as normas de processar os pedido de inscrição, os registros e as expedições da Carteira Profissional, valendo esta como prova de identidade e cabendo o Conselho Federal de Medicina disciplinar, por "atos resolutórios", a matéria constante deste artigo.

Art.4º-O pedido de inscrição a que se refere o artigo anterior poderá ser feito por procurador quando o médico a inscrever-se não possa deslocar-se de seu local de trabalho. Nesses casos, ser-lhe-ão enviados registros pelo Correio, por intermédio do Tabelião da Comarca, os documentos a serem por ele autenticados, a fim de que o requerente, em presença do Tabelião, os assine e neles aponha a impressão digital do polegar da mão direita, dentro do prazo máximo de 3 (três) dias, devolvendo-os com a firma reconhecida ao Presidente do Conselho Regional, que então autorizará a expedição da carteira e a inscrição.

Art.5º-O pedido de inscrição do médico será denegado quando:

- a) o Conselho Regional de Medicina ou, em caso de recurso, o Conselho Federal de Medicina não julgarem hábil ou considerarem insuficiente o diploma apresentado pelo requerente;
- b) nas mesmas circunstâncias da alínea precedente, não se encontrarem em perfeita ordem os documentos complementares anexados pelo interessado;
- c) não tiver sido satisfeito o pagamento relativo à taxa de inscrição correspondente.

Art.6º-Fica o médico obrigado a comunicar ao Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito a instalação do seu consultório, ou local de trabalho profissional, assim como qualquer transferência de sede, ainda quando na mesma jurisdição.

§ 1º-Quando houver mudança de sede de trabalho, bem como no caso de abandono temporário ou definitivo da profissão, obedecer-se-á as disposições dos §§ 1º, 2º, 3º e 4º do art. 18 da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, pagando nova anuidade ao Conselho da Região onde passar a exercer a profissão.

CAPÍTULO II

Das taxas, Carteiras Profissionais e Anuidades

Art.7º-Os profissionais inscritos de acordo com o que preceitua a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, ficarão obrigados ao pagamento de anuidades a serem fixadas pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 1º-O pagamento da anuidade será efetuado até o dia 31 do mês de março de cada ano, salvo no primeiro ano, quando será feito na ocasião da expedição da carteira profissional do interessado.

§ 2º-O pagamento de anuidades fora do prazo prescrito no parágrafo antecedente será efetuado como acréscimo de 20% (vinte por cento) da importância fixada.

Art.8º-Os profissionais inscritos na forma da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, pagarão no ato do pedido de sua inscrição uma taxa de inscrição fixada pelo Conselho Federal de Medicina.

Art.9º-Ao médico inscrito de acordo com o presente Regulamento será entregue, mediante pagamento de taxa específica de expedição de carteira profissional e fixada pela Assembléia Geral, uma carteira profissional numerada e registrada no Conselho Regional, contendo:

- a)nome por extenso;
- b)filiação;
- c)nacionalidade e naturalidade;
- d)data do nascimento
- e)designação da Faculdade de medicina diplomadora;
- f)número da inscrição anotada nesse Conselho Regional;
- g)data dessa mesma inscrição;
- h)retrato do médico, de frente, de 3x4 cm, exibindo a data dessa fotografia;
- i)assinatura do portador;
- j)impressão digital do polegar da mão direita;
- k)data em que foi diplomado;
- l)assinatura do Presidente e do Secretário do Conselho Regional;
- m)mínimo de três (3) folhas para visto e anotações sobre o exercício da medicina;
- n)mínimo de três (3) folhas para anotações de elogios, impedimentos e proibições;
- o)declaração de validade da carteira como documento de identidade e de sua fé pública (art. 19 da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957);
- p)denominação do Conselho Regional respectivo.

Parágrafo único: O modelo da Carteira Profissional a que se refere o art.18 da lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, será uniforme para todo o País e fixado pelo Conselho Federal de Medicina.

CAPÍTULO III

Das Penalidades / Dos Processos Ético-Profissionais

Art.10-Os processos relativos às infrações dos princípios da ética profissional deverão revestir a forma de "autos judiciais", sendo exarados em ordem cronológica os seus pareceres e despachos.

Art.11-As queixas ou denúncias apresentadas aos Conselhos Regionais de medicina, decalcadas em infração ético-profissional, só serão recebidas quando devidamente assinadas e documentadas.

Art.12-Recebida a queixa ou denúncia, o Presidente a encaminhará a uma Comissão de Instrução, que ordenará as providências especiais para o caso e depois de serem elas executadas, determinará, então, a intimação do médico ou da pessoa jurídica denunciados para, no prazo de trinta dias a contar da data do recebimento dessa intimação, oferecer a defesa que tiver, acompanhando-a das alegações e dos documentos que julgar convenientes.

§ 1º-A instrução a que se refere este artigo poderá ser feita mediante depoimento pessoal do queixoso ou denunciante, arrolamento de testemunhas, perícias e demais provas consideradas hábeis.

§ 2º-A ambas as partes é facultada a representação por advogados militantes.

Art.13-As intimações poderão processar-se pessoalmente e ser certificadas nos autos, ou por carta registrada cuja cópia será a estes anexada, juntamente com o comprovante do registro. Se a parte intimada não for encontrada, ou se o documento de intimação for devolvido pelo

Correio, será ela publicada por edital em Diário do Estado, do Território ou do Distrito Federal e em jornal de grande circulação na região.

Art.14-Somente na Secretaria do Conselho Regional de Medicina poderão as partes ou seus procuradores ter "vista" do processo, podendo nesta oportunidade, tomar as notas que julgarem necessárias à defesa.

Parágrafo único - É expressamente vedada a retirada de processos pelas partes ou seus procuradores, sob qualquer pretexto, da Secretaria do Conselho Regional, sendo igualmente vedado lançar notas nos autos ou sublinhá-los de qualquer forma.

Art.15-Esgotado o prazo de contestação, juntada ou não a defesa, a Secretaria do Conselho Regional remeterá o processo ao Relator, designado pelo presidente para emitir parecer.

Art.16-Os processos atinentes à ética profissional terão, além do relator, um revisor, também designado pelo presidente, e os pareceres de ambos, sem transitarem em momento algum, pela Secretaria, só serão dados a conhecer na sessão plenária do julgamento.

Parágrafo único - Quando estiver redigido o parecer do relator deverá ser entregue, em sessão plenária e pessoalmente, ao presidente e este, também pessoalmente, passará o processo às mãos do revisor, respeitados os prazos regimentais.

Art.17-As penas disciplinares aplicáveis aos infratores da ética profissional são as seguintes:

- a) advertência confidencial, em aviso reservado;
- b) censura confidencial, em aviso reservado;
- c) censura pública em publicação oficial;
- d) suspensão do exercício profissional, até 30(trinta) dias; e,
- e) cassação do exercício profissional.

Art.18-Da imposição de qualquer das penalidades previstas nas letras a, b, c, d e e, do art. 22 da Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, caberá sempre recurso de apelação para o Conselho Federal de Medicina, respeitados os prazos e efeitos preestabelecidos nos seus parágrafos.

Art.19-O recurso de apelação poderá ser interposto:

- a) por qualquer das partes;
- b) *ex-officio*;

Parágrafo único - O recurso de apelação será feito mediante petição e entregue na Secretaria do Conselho Regional dentro do prazo de trinta(30) dias, a contar da data da cientificação ao interessado da decisão do julgamento, na forma o art. 13 deste Regulamento.

Art.20-Depois da competente "vista" ao recorrido, que será de dez (10) dias, a contar da ciência do despacho do presidente, designará este novo Relator para redigir a informação a ser prestada ao Conselho Federal de Medicina.

Art.21-O recurso "*ex-officio*" será obrigatório nas decisões de que resultar cassação da autorização para o exercício profissional.

Art.22-Julgado o recurso em qualquer dos casos e publicado o acórdão na forma estatuída pelo Regimento Interno do Conselho Federal de Medicina. serão os autos devolvidos à instância de origem do processo, para a execução do decidido.

Art.23-As execuções das penalidades impostas pelos Conselhos Regionais e pelo Conselho Federal processar-se-ão na forma estabelecida pelas respectivas decisões, sendo anotadas tais penalidades na carteira profissional do médico infrator, como estatuído no § 4º do art. 18 da Lei n.º 3.268 de 30.9.1957.

Parágrafo único - No caso de cassação do exercício profissional, além dos editais e das comunicações endereçadas às autoridades interessadas no assunto, será apreendida a carteira profissional do médico infrator.

Das eleições

Art.24-Os Conselhos Regionais de Medicina serão instalados nas Capitais de todos os Estados e Territórios, bem como no Distrito Federal onde terão sede, e serão constituídos por:

- a)cinco membros quando a região possuir até cinquenta (50) médicos inscritos;
- b)dez(10) até cento e cinquenta (150) inscrições;
- c)quinze (15) até trezentos (300); e finalmente,
- d)vinte e um (21) membros, quando houver mais de trezentas.

Parágrafo único - Haverá para cada Conselho Regional tantos suplentes de nacionalidade brasileira, quantos os membros efetivos que o compõem, como para o Conselho Federal, e que deverão ser eleitos na mesma ocasião dos efetivos, em cédula distinta, cabendo-lhes entrar em exercício em caso de impedimento de qualquer Conselheiro, por mais de trinta dias, ou em caso de vaga, para concluírem o mandato em curso.

Art.25-O dia e a hora das eleições dos membros dos Conselhos Regionais serão fixados pelo Conselho Federal de Medicina, cabendo aos primeiros promover aqueles pleitos, que deverão processar-se por assembléia dos médicos inscritos na Região, mediante escrutínio secreto, entre sessenta (60) e trinta (30) dias antes do término dos mandatos e precedidos de ampla divulgação por editais nos DIÁRIOS OFICIAIS do Estado, dos Territórios ou do Distrito Federal e em jornal de grande circulação na Região.

Art.26-Haverá registro das chapas dos candidatos, devendo ser entregues os respectivos pedidos na secretaria de cada Conselho Regional com uma antecedência de, pelo menos, dez(10) dias da data da eleição e subscritos, no mínimo, por tantos médicos inscritos quantos sejam numericamente os membros componentes desse mesmo Conselho Regional.

§ 1º-O número de candidatos de cada chapa eleitoral será aquele indicado pelo art. 24 deste Regulamento menos um, de conformidade com o disposto no art.13, da Lei n.º 3.268, de 30.9.1957.

§ 2º-Nenhum candidato poderá figurar em mais de uma chapa.

§ 3º-Nenhum signatário da chapa eleitoral poderá ser nela incluído.

Art.27-O voto será pessoal e obrigatório em todas as eleições salvo doença ou ausência comprovada do votante na Região, devidamente justificadas.

§ 1º-Votarão somente os médicos inscritos na jurisdição de cada Conselho Regional e quando provarem quitação de suas anuidades.

§ 2º-Os médicos eventualmente ausentes da sede das eleições enviarão seus votos em sobrecarta dupla, opaca, fechada e remetida sob registro pelo correio, juntamente com ofício ao Presidente do Conselho Regional e com firma reconhecida.

§ 3º-As cédulas recebidas com as formalidades do parágrafo anterior serão computadas até o momento de encerrar-se a votação, sendo aberta a sobrecarta maior pelo Presidente do

Conselho Regional, que, sem violar o segredo do voto, depositará a sobrecarta menor numa urna especial.

§ 4º-Nas eleições os votos serão recebidos durante, pelo menos, seis (6) horas contínuas, podendo a critério do Conselho Regional e caso haja mais de duzentos (200) votantes determinarem-se locais diversos na cidade-sede para recebimentos de votos quando, então, deverão permanecer em cada local de votação dois (2) diretores ou médicos inscritos designados pelo Presidente do Conselho.

Art.28-Para os fins de eleição a Assembléia Geral funcionará de conformidade com o art.25 da Lei n.º 3.268 de 30-9-1957.

Art.29-As eleições para os Conselhos Regionais serão feitas sem discriminação de cargos, que serão providos na sua primeira sessão ordinária, de conformidade com os respectivos regimentos internos.

Art.30-As normas do processo eleitoral relativo aos Conselhos Regionais constarão de Instruções baixadas pelo Conselho Federal de conformidade com o art.5º letra g e art. 23 da Lei n.º 3.268, de 30-9-1957.

Art.31-Por falta injustificada à eleição incorrerá o médico faltoso na multa de vinte centavos (Cr\$ 0,20), dobrada na reincidência.

CAPÍTULO V

Do Conselho Federal de Medicina

Art.32-O Conselho Federal de Medicina será composto de dez (10) membros e de outros tantos suplentes, todos de nacionalidade brasileira, sendo nove (9) deles eleitos por escrutínio secreto perante o próprio Conselho Federal, em Assembléia dos Delegados dos Conselhos Regionais, e o restante será eleito pela Associação Médica Brasileira.

Art.33-Cada Conselho Regional de medicina promoverá reunião de assembléia geral para eleição de um Delegado eleitor e de seu suplente, entre cem (100) e setenta (70) dias antes do término do mandato dos Membros do Conselho Federal de Medicina, dando ciência ao mesmo do nome do Delegado eleitor, até quinze (15) dias a contar da eleição.

Art.34-A escolha do Delegado eleitor poderá recair em médicos residentes nas respectivas regiões ou em qualquer das outras, não lhes sendo permitido, todavia, substabelecer credenciais.

Art.35-Haverá registro de chapas de candidatos ao Conselho Federal de Medicina mediante requerimento assinado, pelo menos, por três (3) Delegados eleitores, em duas vias, ao Presidente do mesmo, dentro do prazo de trinta (30) dias e amplamente divulgado pelo DIÁRIO OFICIAL da União e pela imprensa local.

Parágrafo único- Tendo recebido o requerimento, o Presidente do Conselho Federal de Medicina, depois de autenticar a primeira via desse documento com sua assinatura, devolverá a segunda, com o competente recibo de entrega.

Art.36-A eleição para o Conselho Federal de medicina será realizada entre vinte e cinco (25) e quinze (15) dias antes do término do mandato dos seus Membros, devendo ser a data escolhida comunicada aos Conselhos Regionais, com antecedência de trinta (30) dias.

Art.37-A mesa eleitoral será constituída, pelo menos, por três (3) membros da Diretoria do Conselho Federal.

§ 1º-Depois de lidas as chapas registradas, o presidente procederá à chamada dos Delegados eleitores, que apresentarão suas credenciais.

§ 2º-Cada Delegado eleitor receberá uma sobrecarta rubricada pelo Presidente da mesa, dirigindo-se ao gabinete indevassável para encerrar as chapas de Conselheiros efetivos e suplentes na sobrecarta que lhe foi entregue.

§ 3º-Voltando do gabinete indevassável, o Delegado assinará a lista dos votantes e, em seguida, depositará o voto na urna.

Art.38-Terminada a votação a mesa procederá à contagem das sobrecartas existentes na urna, cujo número deverá coincidir com o dos votantes. Verificada tal coincidência, serão abertas as sobrecartas e contadas as cédulas pelos mesários designados para tal fim.

Art.39-Caso nenhuma das chapas registradas obtenha maioria absoluta de votos no primeiro escrutínio, far-se-á, imediatamente, um segundo, no qual só serão sufragadas as duas chapas mais votadas.

Parágrafo único- Em caso de empate, serão repetidos tantos escrutínios quantos sejam necessários para decidir o pleito.

Art.40-O comparecimento dos Delegados dos Conselhos Regionais de Medicina às eleições para membros do Conselho Federal será obrigatório, aplicando-se as sanções previstas em lei nos casos de ausência injustificada.

CAPÍTULO VI

Das disposições gerais

Art.41-O mandato dos Membros dos Conselhos Regionais de Medicina será meramente honorífico e durará cinco (5) anos, como o dos Membros do Conselho Federal de Medicina.

Art.42-Sempre que houver vagas em qualquer Conselho Regional e não houver suplentes a convocar em número suficiente para que o Conselho funcione, processar-se-ão eleições necessárias ao preenchimento das vagas de membros efetivos e suplentes, na forma das instruções que foram baixadas pelo Conselho Federal e sob a presidência de uma Diretoria que será, segundo as eventualidades;

I- A própria Diretoria do Conselho em questão, se ao menos os ocupantes dos cargos de Presidente, Primeiro Secretário e Tesoureiro coincidirem com os Conselheiros Regionais remanescentes ou com a integração de outros médicos, se o número dos diretores não for suficiente;

II- Diretoria provisória designada pelo Conselho Federal, entre os Conselheiros Regionais, remanescentes ou com a integração de outros médicos, se o número dos primeiros não perfizer o necessário para o preenchimento dos três cargos essenciais, mencionados no item anterior, tudo no caso de não existir nenhum membro da Diretoria efetiva;

III- Diretoria provisória livremente designada pelo Conselho Federal, se não houver Conselheiros regionais remanescentes.

Parágrafo único - Os membros efetivos e os suplentes eleitos nas condições do artigo 42 concluirão o mandato dos Conselheiros que abriram vagas.

Art.43-Os casos omissos do presente Regulamento serão resolvidos pelo Conselho Federal de medicina.

CAPÍTULO VII

Das disposições transitórias

Art.44-Dentro do prazo de trinta (30) dias após a aprovação do presente Regulamento, o Conselho Federal baixará instruções com uma tabela de emolumentos (anuidades, taxas de inscrição, carteiras etc.), a serem cobrados pelos Conselhos Regionais de todo o País.

Art.45-A exigência da apresentação da carteira profissional do médico, assim como a obrigatoriedade de indicar no seu receituário o respectivo número de sua carteira dos Conselhos Regionais, só se tornarão efetivas a partir de cento e oitenta (180) dias depois da publicação do presente Regulamento.

Art.46-Os Conselhos Regionais de Medicina providenciarão a feitura ou a reforma de seus Regimentos Internos de conformidade com a Lei n.º 3.268, de 30-9-1957.

Art.47-Revogam-se as disposições em contrário.

MÁRIO PINOTTI