

A ÉTICA MÉDICA E SUAS INFRAÇÕES

**Um Estudo sobre os Processos Ético-Profissionais
do Estado do Rio de Janeiro.**

Maria Suzana S. de Arruda Falcão

LILACS

ADSAÚDE

R

174.2098153

F178e

M. S. — FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
Biblioteca: LIN. DE LAFFERTAS FILHO
Rua LEOPOLDO G. ALHOES, 1480
CEP. 21041 - Estação de Marquinhos

A ÉTICA MÉDICA E SUAS INFRAÇÕES

**Um Estudo sobre os Processos Éticos-Profissionais
do Estado do Rio de Janeiro**

por

Maria Suzana S. de Arruda Falcão

**Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da
Fundação Instituto Oswaldo Cruz como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre em Saúde**

**Professora Maria Helena Machado
(orientadora)**

**Rio de Janeiro
1993**

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	7
Considerações metodológicas	
Capítulo	
I A ÉTICA MÉDICA	12
Os princípios éticos da medicina	
A ética profissional: o modelo sociológico	
Algumas considerações sobre as origens filosóficas da ética	
A ética como elemento da profissão: o modelo sociológico	
II A NORMATIZAÇÃO DO EXERCÍCIO ÉTICO PROFISSIONAL DA MEDICINA	26
A responsabilidade profissional: aspectos jurídicos	
Os códigos de ética médica: a normatização da conduta ética	
O Código de 1988	
III A SUPERVISÃO E FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO ÉTICO: O CONSELHO DE MEDICINA	36
A constituição dos conselhos de medicina	
O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro	
O Cremetj de 1988 a 1993	

IV OS PROCESSOS ÉTICOS-PROFISSIONAIS: A INVESTIGAÇÃO
SOBRE O EXERCÍCIO ÉTICO DO MÉDICO 47

- A instauração do processo
- Os processos ético-profissionais de 1988 a 1992: um panorama geral
- As denúncias
- Os processos julgados e os médicos envolvidos

V A PENA MÁXIMA: OS PROCESSOS DE CASSAÇÃO
DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL 71

- A pena máxima: a cassação do exercício profissional
- O perfil dos nove condenados
- Os nove processos ético-profissionais
- A imperícia, imprudência ou negligência
- A conivência com a prática da tortura
- Os atestados médicos

CONSIDERAÇÕES FINAIS 84

BIBLIOGRAFIA 88

Anexo 1 DENÚNCIAS 93

Anexo 2 PROCESSOS ÉTICO-PROFISSIONAIS 114

Anexo 3 MÉDICOS JULGADOS 126

Anexo 4 MÉDICOS CASSADOS 139

Anexo 5 CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA 148

AGRADECIMENTOS

A solidariedade de muitos e a participação efetiva e especial de alguns, entre eles:

Maria Helena, por acreditar na proposta e investir no percurso;

Dr. Laerte Andrade V. de Melo, Dr. Franklin Rubstein, da diretoria do Cremerj e demais conselheiros, por tornar esse trabalho possível;

A equipe do Codipep, entre eles Gustavo e Márcio, pela paciência e disponibilidade;

André Pereira Neto e Eliana Labra, pelo comentários, sugestões e críticas;

Mercedes, pelo exercício do entendimento fácil;

Duca e Laura, pelo apoio inclusive instrumental;

Ricardo e Guilherme, por tantas horas roubadas.

Uma lembrança especial à Joaquim, que pelo incetivo inicial, me colocou nesse caminho.

INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil, fala-se muito de uma crise dos valores morais e éticos. Segundo Chaui (1992) a expressão desta crise verifica-se "na linguagem cotidiana, quando se lamenta o desaparecimento do dever-ser, do decoro e da compostura nos comportamentos dos indivíduos e na vida política ..." (:345). A preocupação com a conduta ética é hoje um tema presente em diversos setores da sociedade, entre eles, a área da saúde.

Numa conceituação genérica do termo e utilizando as palavras de Carneiro Leão (1992)¹ a "ética representa um conjunto de princípios chamados a orientar e a guiar as relações individuais e sobretudo as relações sociais (...)". Como elemento estruturante do sujeito na sua relação com o mundo, cada sistema ético acaba por reproduzir um determinado padrão de convivência humana, com conseqüências sobre a vida, o ambiente e a saúde de uma população. (Buss, 1993)

Inserida na área de saúde, nossa pesquisa se volta para a medicina enquanto prática médica. Considerando os médicos como a categoria típica da área da saúde, vemos que estes profissionais enfrentam atualmente severos dilemas de ordem ética. Na estrutura dos serviços, o mais sagrado direito da cidadania — o direito à vida — não vem sendo respeitado. No cotidiano das Unidades de Saúde, a priorização dos atendimentos ganha um nome e reproduz, na realidade, um tema de ficção: A Escolha de Sofia. Neste procedimento, os profissionais de medicina são frequentemente obrigados a praticamente escolher quem deve viver e quem deve morrer, dadas as precárias condições de trabalho disponíveis hoje,

¹ Palestra proferida no Seminário Ética e Desenvolvimento, realizado na Escola nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, 1992.

no sistema de saúde público brasileiro. Mas a relação da medicina com a ética ultrapassa a questão da atualidade; a ética articula duas dimensões da atividade médica: como prática social e como elemento constitutivo da profissão.

A afirmação do caráter social da prática médica é assim definida por Schraiber (1993), "há uma história social que conforma a história do trabalho médico, delimitando-a enquanto parte da história dos modos de produção" (:25). Esta caracterização situa o exercício da medicina num contexto, como parte de uma dada estrutura social. Aliada a esta vertente, comum a outros processos de trabalho, há no trabalho em saúde e no seu mais típico representante, o trabalho médico, uma especificidade. Esta concepção de especificidade desenvolve-se através da definição do seu objeto de trabalho.

Assim argumenta Gonçalves (1992) "se o objeto desse processo de trabalho é o homem, será com a condição de que seja apreendido em sua objetividade, e essa inclui, como momento necessário, a subjetividade." (:27). Esta subjetividade estaria, segundo o autor, referindo-se ao caráter relacional do trabalho médico, onde temos como mediadores os desejos, os afetos, as paixões, etc. Além disso, a intervenção de um homem sobre outro, ainda que permitida, implica necessariamente numa interferência nas vidas, privacidades e emoções. (Schraiber, 1993). Tratam-se, portanto, de atributos que, ao revelarem a especificidade do trabalho médico explicitam uma dimensão fundamental dessa prática: o seu caráter ético.

Neste contexto a medicina aparece como um trabalho onde as qualificações técnicas possuem tanta importância quanto os seus códigos de ética. A intervenção sobre seu objeto demanda, por um lado, um conhecimento técnico-científico específico e por outro, modos de comportamento <corretos> para proceder a esta intervenção. As normas de conduta, baseadas em princípios éticos, sustentam a interação médico-paciente e configuram o que Schraiber (op.cit.) chama de uma "moral de prática". Esta conjugação de duas características da prática médica parece confluir para a noção comumente utilizada que define a medicina como arte e ciência de curar.

É neste sentido que, a nosso ver, a questão da ética adquire uma especial importância quando se trata de pensar a prática médica no contexto atual. Ela permite a articulação de um movimento que é, ao mesmo tempo, plural e singular. Plural, na medida em que inserida numa determinada estrutura

social, participa das determinações externas a ela e, singular enquanto realiza, por referência a uma propriedade interna, sua história particular. (Schraiber, 1993).

Como mencionamos anteriormente, este estudo aborda a prática médica através de um elemento específico: a ética. No primeiro capítulo contextualizamos a ética médica a partir de uma perspectiva histórica e teórica. Para tal, mapeamos em linhas gerais os temas éticos que marcaram a história do exercício da medicina enfocando, especialmente, o caso brasileiro. Em seguida examinamos, com base no modelo sociológico, a caracterização da ética como elemento constitutivo da profissão médica.

No segundo capítulo nosso tema é a normatização do exercício ético da medicina. Demonstramos como os princípios orientadores da conduta profissional passam a compor um sistema de normas de comportamento configurados num código. Este código, com valor de lei, insere o exercício ético no contexto jurídico sob a denominação de "responsabilidade profissional". Além disso, analisamos os diferentes códigos de ética que marcaram diferentes períodos da história da profissão no país.

A existência da norma supõe entre outros, o seu cumprimento. A supervisão e fiscalização do exercício ético surgem como atribuições características de um determinado órgão de representação da categoria médica. O Capítulo 3 trata da constituição dos conselhos de medicina, abordando de forma particular o Conselho Regional de Medicina do Estado de Rio de Janeiro².

No Capítulo 4 enfocamos a especificidade do nosso estudo. Ao examinar o instrumento formal de investigação sobre o exercício ético dos profissionais médicos, caracterizamos inicialmente os denominados "processos ético-profissionais". A partir daí, através do trabalho de campo, procuramos analisar os processos existentes no Conselho do Rio de Janeiro no período de 1988 a 1992*. Esta análise desenvolveu-se em três etapas. Na primeira, tem-se os dados por amostragem dos tipos de denúncias que chegam até o Conselho, bem como quem as formula. Em seguida, analisamos os processos éticos instaurados no período com base nessas denúncias. Através deles, enfatizamos os dados que nos permitiram caracterizar, de modo geral, o perfil dos médicos envolvidos, os tipos de práticas julgadas e

² A opção por este Conselho representa, por um lado, a necessidade de delimitar um espaço de investigação e, por outro, garantir o acesso às informações.

as penas aplicadas pelo Conselho. Nove destes processos resultaram na cassação do exercício profissional, os quais constituíram a terceira etapa da nossa investigação.

A partir destes nove condenados à pena máxima — cassação do exercício profissional — construímos a análise do Capítulo 5. De acordo com o Código de Ética Médica, a cassação profissional representa, entre as penalidades passíveis de serem aplicadas aos médicos, a pena máxima. Neste capítulo percorremos as etapas de tais processos, desde a denúncia até a sentença formulada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro — Cremerj, objetivando ressaltar as práticas médicas que, segundo a interpretação deste Conselho, mereceram a pena mais severa: o rompimento definitivo do compromisso com a medicina e com a profissão.

Considerações metodológicas

Este estudo tem um caráter histórico e descritivo. Nos três primeiros capítulos buscamos recuperar parte da história da profissão médica no país, tomando como viés a ética, os conselhos de medicina e os códigos de ética. A partir do Capítulo 4 — a realização da pesquisa de campo — utilizamos abordagens específicas a cada etapa da investigação. Na primeira, onde levantamos os dados referentes às denúncias, optamos por trabalhar com uma amostra da população. Neste levantamento observamos que tratava-se de uma população dicotomizada ou seja, consistindo de duas classes: arquivadas e não arquivadas. Através dos registros das denúncias verificamos que aproximadamente 50% delas são arquivadas. Desta forma procedemos a identificação da amostra (n) utilizando os procedimentos da amostragem aleatória, com nível de confiança de 95% e nível de significância de 5% cuja fórmula $n = z^2 \cdot pq / d^2$ nos forneceu o tamanho da amostra. Considerando a distribuição das denúncias por ano extraímos o percentual a ser aplicado sobre o total de denúncias/ano, mantendo assim, na amostra, a distribuição verificada no período.

Os tipos de denúncias e de denunciantes, dada a total ausência de padronização dos registros, foram agrupados e codificados conforme demonstramos nos Anexos 1 e 2.

Na segunda e terceira etapas do trabalho de campo estamos abordando o universo da população. Neste sentido, nos 91 processos ético-profissionais, os 154 médicos envolvidos e os nove condenados com a pena máxima constituem a totalidade do que foi julgado pelo Cremerj no período em questão. Ressaltamos, porém, que estes processos tratam das denúncias que deram entrada no Conselho a partir de 1988 e foram julgados até março de 1993*.

*** O recorte neste período foi orientado por dois fatores: a homologação do último código de ética, em janeiro de 1988, e o mandato de uma diretoria do CREMERJ.**

CAPÍTULO 1

A ÉTICA MÉDICA

Os princípios éticos da medicina

A preocupação com a conduta ética aparece como uma das características da história da profissão médica. Desde o seu surgimento, com Hipócrates, as normas de conduta assumem um papel de destaque. Ao deslocar a medicina do campo da filosofia e também, das mãos dos deuses, Hipócrates cria uma nova imagem do médico: humano e real. (Souza Melo, 1989). No entanto, no famoso Juramento Hipocrático, embora separando a medicina da religião, Hipócrates não abdica da proteção dos deuses conforme nos mostra seu texto:

Juro por Apolo, médico, Asclépios, Higéia e Panacéias 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 os 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 a 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 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.¹

Neste documento explicitam-se, pela primeira vez, as normas que deveriam orientar o exercício da medicina com o objetivo de "garantir uma imagem do médico estético e moralmente atrativo". (Lain Entralgo, 1982 :379). Para o médico hipocrático a dedicação medicina tinha como fundamento ético o amor ao homem. Esses ensinamentos, e principalmente, aqueles contidos no juramento, fundamentaram os códigos de moral e ética da profissão que foram formulados ao longo da história da medicina no mundo moderno.

No Brasil, o exercício da medicina surge, a partir do século XVI. No livro A história geral da medicina brasileira, de Lycurgo Santos Filho (1977)², podemos identificar que os primeiros profissionais médicos chegam ao país através das expedições colonizadoras, na época de D. João III. Neste período e aproximadamente durante os três primeiros séculos, a medicina foi exercida por físicos, cirurgiões-barbeiros, barbeiros e parteiras. A fiscalização do exercício profissional bem como a orientação sobre medidas de saúde pública eram atribuições dos comissários ou delegados do físico-mor e do cirurgião-mor do reino. As normas eram estabelecidas por meio de regulamentos, avisos e alvarás periodicamente expedidos por Portugal. Esta fiscalização da prática ou voltava-se, basicamente, para o exame e concessão da carta ou diploma de habilitação. Todos aqueles que exerciam a medicina deveriam apresentar as denominadas "cartas de examinação" para obter a licença. Além disso, o cirurgião-mor e o

¹ Esta tradução, segundo a bibliografia pesquisada, foi a mais extensa.

² A caracterização que se segue foi baseada neste autor.

físico-mor autorizavam as publicações especializadas, fiscalizavam o comércio de drogas e suspendiam e multavam os faltosos.

Em 1782, os cargos de físico-mor e cirurgião-mor foram extintos mas restabelecidos em 1809. Suas funções, neste interim, foram repassadas para a Junta do Protomedicato. Esta junta, criada por D. Maria I, compunha-se de físicos e cirurgiões que deliberavam, em conjunto, sobre a autorização para o exercício profissional. Entre outras atividades, cassavam diplomas e licenças, vistoriavam os hospitais e fiscalizavam o exercício da prática médica.

Até o século XVIII os profissionais de medicina, na sua grande maioria, pertenciam a classes sociais inferiores, oriundos alguns deles, de população humilde da península ibérica. Além de uma insuficiente formação escolar, mantinham-se alheios aos avanços alcançados pela medicina da época. A preocupação com a melhoria da situação econômica relegava a um segundo plano o aperfeiçoamento profissional. Somente na segunda metade do século, com a chegada de profissionais formados por faculdades renomadas da Europa, a medicina, ou melhor, aqueles que a exerciam, passaram a usufruir de maior consideração social. (Santos Filho, 1977). A participação dos médicos nas academias literárias e científicas que surgiam, nesta época, parece ter contribuído para um certo aprimoramento cultural dos profissionais.

No Brasil Colônia portanto, as questões éticas referentes ao exercício da profissão centravam-se num elemento primordial: a habilitação do profissional. As primeiras escolas brasileiras de medicina datam de 1808 e foram criadas na Bahia e no Rio de Janeiro³. Após a independência (1822), o governo brasileiro homologou uma lei tornando obrigatório, para o exercício profissional, o registro dos diplomas nas câmaras municipais. (1832)⁴. Procurava-se com isto garantir, como condição fundamental para tal atuação, a habilitação profissional. Além das questões do ensino médico, estes temas constituíram-se como as grandes preocupações éticas por longo período no país.

³ A primeira escola de medicina, a Escola de Cirurgia da Bahia foi criada por decreto de D. João. Da mesma forma, nove meses depois é criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, ambas no ano de 1808.

⁴ Esta mesma lei unificava as atividades médicas (cirurgião, boticário e físico) e reconhecia o direito do exercício profissional para todos os formados nas escolas brasileiras.

Em 1829, fundava-se na cidade do Rio de Janeiro a Sociedade de Medicina, primeira associação médica cultural do país. Esta agremiação, denominada posteriormente de Academia Imperial de Medicina (1835), funcionava como órgão consultivo do governo e propunha-se a discutir os "pontos obscuros e duvidosos, as descobertas novas, abrindo caminho a novos princípios e conhecimentos" (Salles, 1972 :250). No seu estatuto sublinhava que a medicina estava, até então, entregue a "indivíduos isolados ou a juntas, tribunais arbitrários, cujas sentenças têm sido tão prejudiciais aos progressos da medicina, como aos interesses da humanidade." (Péres, 1974 :56).

Alguns temas éticos começavam a ser debatidos, entre eles, a eutanásia, a esterilização e o aborto. No entanto, o encaminhamento destas questões permanecia ainda no plano de debates internos promovidos não só por esta associação como também por outras que iam surgindo a partir de então. Entre elas cabe citar: a Sociedade de Medicina de Pernambuco (1841), da Bahia (1848) e a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (1887).

Neste processo de consolidação das instituições médicas no Brasil a ética profissional foi ganhando especificidade. Até meados do século XIX, a busca por uma homogeneização dos discursos/práticas médicas supôs, primeiramente, duas estratégias básicas voltadas para o exercício legal da medicina: o controle das escolas médicas e "as medidas coercitivas tomadas contra os charlatões." (Luz, 1982:125). Tratavam-se porém de medidas esparsas que não chegaram a configurar ainda um quadro de referência para a ética médica como um todo. Enfocavam aspectos do exercício profissional mas de maneira dispersa e com um certo caráter de 'informalidade'.

A formulação de um discurso sobre a ética profissional surge simultaneamente à organização da categoria em entidades representativas: sindicato, conselhos e associação médica. O primeiro Código de Ética Médica é homologado em 1931 a partir de uma iniciativa do movimento sindicalista do final da década de 1920. Ressaltamos que este percurso — até a elaboração de um código profissional — representa uma das etapas inerentes ao desenvolvimento da própria medicina como uma profissão. Na perspectiva sociológica, que analisaremos a seguir, a ética aparece como elemento constitutivo desta profissão.

A ética profissional: o modelo sociológico

Diversas são as correntes de pensamento que, com maior ou menor ênfase, tomaram a ética como tema de reflexão. A investigação sobre as diferentes conceituações e significações que este termo adquire ao longo da história do pensamento ocidental foge, no entanto, ao objetivo do nosso trabalho, que volta-se especificamente para uma dimensão sociológica da ética. Inicialmente, porém, procuraremos recuperar através da filosofia as origens do conceito e algumas noções que, ao romperem com as barreiras do tempo, permanecem como referências na abordagem do tema. A partir daí, com base na sociologia, estabelecemos a especificidade do nosso estudo: a ética profissional.

Algumas considerações sobre as origens filosóficas da ética

O termo ética tem sua origem na palavra grega *ethos*: ciência dos costumes. A associação com o conceito de moral, tão freqüentemente evocado, tem suas raízes na própria etimologia da palavra. Moral advém da palavra em latim, *morale*, que significa relativo a costumes. Ambos os termos vão adquirir, ao longo da história, diferentes significações. A preocupação com a ética, ou melhor, com o comportamento ético/moral, surge na antiga Grécia e marca toda a evolução do pensamento filosófico grego. (Vasquez, 1986).

Com Aristóteles, no livro II da *Ética a Nicômaco*, lançam-se as bases sobre as quais desenvolve-se grande parte da discussão filosófica da ética. Na perspectiva aristotélica o fundamento ético é o Bem, o fim último das coisas e portanto das ações humanas. O comportamento ético supõe ter o Bem como objetivo e saber discerni-lo do Mal. Este discernimento que aparece como a característica fundamental da essência moral do homem, vai transformar-se no ponto de discórdia das diferentes

correntes de pensamento de tal forma que cada período, cada grupo, localizará numa fonte específica os determinantes do comportamento moral. Por exemplo, na era cristã Deus é a fonte e origem da moral enquanto que no Renascimento, a natureza passa a ocupar este lugar. (Mariás, s.d.)

A metafísica kantiana é outra forte influência no pensamento filosófico contemporâneo. No século XVIII, Kant proclama a consciência do dever como essência da moralidade; a decisão ética advém de um ato racional. Ao afirmar a autonomia da razão humana, este filósofo determina a concepção de uma ética independente da religião, retirando das entidades sobrenaturais o poder de prescrever a lei moral. (Campos, 1974). Trata-se de uma ética racionalista onde o homem moral não pode fugir ao cumprimento do seu dever.

Em verdade, os princípios morais parecem manter ao longo dos séculos uma vinculação com o Bem e apenas secundariamente com o prazer. Ao realizar o Bem, o ser humano experimentaria uma sensação de prazer. Mas, o referencial orientador do comportamento ético na perspectiva de realização do Bem poderia, segundo as várias correntes filosóficas, situar-se tanto no próprio indivíduo (Epicuro, Kant, Locke etc.) como na coletividade, no social (Comte, Durkheim, Engels etc.). Por outro lado, outras concepções afirmam ainda o determinismo do papel do Estado na conformação da ética. Para Hegel, por exemplo, a razão do Estado é a única capaz de impor o dever moral. Com Marx e o materialismo dialético desenvolve-se uma outra visão, onde a base material da sociedade determina as chamadas superestruturas: políticas, jurídicas, religiosa e ética. Nesse sentido, na dependência de uma infraestrutura de natureza móvel, a ordem moral não pode ser estática mas sim um processo dinâmico de transformação.

Uma abordagem específica da moral é ressaltada ainda na obra de Durkheim (1983), identificando os fatos morais como aqueles que consistem em regras de conduta sancionadas, Durkheim distingue dois tipos de moral: a moral universal (dos homens) e a moral profissional. Segundo o autor, a moral profissional deve estar sustentada por um poder coletivo, como condição fundamental e indispensável. "Uma moral é, sempre, obra de um grupo, e só pode funcionar se esse grupo a proteger com sua autoridade." (:7)

Mais recentemente, a fenomenologia vem caracterizando-se como uma importante contribuição da filosofia moral deste século (Campos, op.cit.). Representante desta corrente, Husserl afirmava que a consciência é sempre consciência de algo para o qual se dirige. Assim, tal como a consciência, o conhecimento ético também possui uma intencionalidade. No entendimento de Hartmann — que desenvolve suas investigações sob a inspiração fenomenológica — os princípios morais, inclusive a idéia do dever, pertencem a um mundo objetivo. A ética está portanto, fundada na idéia de que há valores éticos objetivos e captáveis por uma visão racional. "A consciência moral é uma visão em que o espírito distingue nos valores captados aquilo que encerram de bem ou mal."(:117). O ser moral, inclusive, não pode estar nem no social, nem no estatal mas só e singularmente no próprio homem como seu único portador.

No mundo contemporâneo, o significado da ordem moral continua sofrendo mutações. No entanto, mesmo que as diversas concepções filosóficas existentes possam, em determinados momentos, ser díspares, elas retratam a ética sob um mesmo enfoque, ou seja, formulam-na a partir de seus princípios. A filosofia trata, portanto, dos princípios éticos que orientaram e orientam, ao longo dos tempos, as ações entre os homens.

Embora a nossa pesquisa priorize uma outra vertente, isto é, a ética enquanto responsabilidade, a contribuição da filosofia nos parece inegável. Ao falarmos da responsabilidade ética — ética profissional — estaremos abordando também os princípios orientadores da conduta humana porém, no campo específico do seu exercício profissional. Algumas noções como a realização do Bem e o cumprimento do dever serão fundamentais nesse contexto.

A ética como elemento da profissão: o modelo sociológico

A ética profissional é um dos temas centrais na literatura sociológica sobre profissões. Buscando definir o que é uma profissão e como ocorre o processo de profissionalização, a sociologia

recorre ao processo histórico de algumas profissões consideradas nobres ou tradicionais, entre elas a medicina, o direito e o sacerdócio, por exemplo. Com isto, procurou-se inicialmente definir critérios que permitissem distinguir profissão de ocupação.

Para Wilensky (1970) o que diferencia uma profissão é o caráter técnico da tarefa profissional, baseado em um corpo de conhecimento sistemático, adquirido em treinamento escolar. As normas e regras profissionais são dimensões importantes nesta diferenciação na medida em que refletem uma certa lógica técnico-científica que orienta a execução das tarefas. Mas, salienta o autor, falar em técnico não significa falar em científico. No seu entender, não é necessariamente o caráter científico que define uma profissão embora não se discuta a sua importância. Como aponta Marinho (1984), fatores tais como consenso social, praticidade e operacionalidade, por vezes são mais importantes em algumas profissões do que o critério científico; é o caso das denominadas profissões de consulta que lidam com uma clientela que não dispõe de critérios técnicos de julgamento. Segundo Marinho (op.cit.) "a base de reivindicação de competência exclusiva varia de acordo com as características distintas de cada profissão." (:23). Desta forma, embora possam variar os critérios, a demarcação de uma área, cujo exercício da prática seja de competência exclusiva de um grupo, parece ser de suma importância na conceituação de profissão. A autonomia profissional aparece como um dos pontos centrais nesta discussão.

Freidson (1970) enfatiza e atribui à autonomia o papel do que é exclusivo numa profissão. Na sua concepção "a profissão fundamenta sua demanda, com respeito a sua posição, na posse de uma destreza tão esotérica ou complexa que aqueles que não são membros da profissão não podem executar o trabalho segura ou satisfatoriamente e, inclusive, não podem avalia-lo adequadamente." (:59). Autonomia sobre o caráter técnico do trabalho implica portanto no direito exclusivo para determinar quem pode legalmente exercê-lo e como este deve ser realizado. Tal direito, segundo o autor, é concedido pela sociedade quando convencida do valor especial de determinado trabalho. Através de um processo de negociação política e de persuasão, a sociedade, em certo momento, acredita ser conveniente conferir a uma ocupação o *status* profissional de autonomia na sua própria regulação.

De modo geral, a literatura sociológica aponta alguns elementos como constitutivos da profissão: um corpo de conhecimento específico, o mercado de trabalho, a autonomia, o ideal de serviço, a ética profissional e a organização profissional são considerados como atributos estruturais que vão sendo conquistados, através do denominado "processo de profissionalização". Neste conceito traduz-se não só a noção de que a profissionalização consiste num processo como também que cada ocupação dá determinados passos em direção à sua profissionalização. (Machado, 1988).

Para Wilensky (1970), por exemplo, este processo consiste em etapas pelas quais uma profissão passa até ser considerada como tal. Segundo o autor, o desenvolvimento de uma profissão implica a superação de cinco etapas. São elas:

- 1 — tornar-se uma ocupação de tempo integral, o que supõe um mercado de trabalho;
- 2 — criação de escolas para treinamento baseado num corpo de conhecimento específico;
- 3 — criação da associação profissional que dará a este grupo uma identidade;
- 4 — regulamentação da profissão garantindo um monopólio de competência;
- 5 — elaboração de um código de ética que estabeleça normas e regras para o exercício profissional.

Machado (1991) afirma, entretanto *"que el proceso de profesionalización no se constituye en una "historia natural de profesionalismo". Implica, antes que nada, un proceso dinámico histórico, donde profesionales luchan por la conquista y garantía de privilegios para su profesión."* (:31). Portanto, a consolidação de uma profissão diz respeito também a contextos históricos e sociais que se transformam. As modificações verificadas numa dada sociedade interferem, e muito, sobre o perfil de uma profissão. O tipo de crítica que se faz atualmente às teorias convencionais da sociologia das profissões, procura colocar em debate questões fundamentais e que se verificam na conformação atual do mercado de trabalho. Ao observar a profissão médica vemos que hoje o assalariamento da categoria, a perda relativa da autonomia profissional, as novas formas de divisão do trabalho, por exemplo, são elementos que compõem o cenário médico e que diferem da forma como esta profissão se constituiu inicialmente.

Donnangelo (1975), abordando a questão do mercado de trabalho médico, caracteriza a profissão médica como aquela que "compreende os principais atributos apontados nos estudos sobre

profissões nobres ou tradicionais: o monopólio de uma área específica de atividade, a partir de uma prolongada formação intelectual; um sistema particular de valores que legitima e sustenta padrões de comportamento profissional, e em cujo núcleo se encontram o ideal de serviço e o ideal de autonomia." (:126). Segundo a autora, o ideal de autonomia aparece como um dos elementos mais problemáticos da prática médica atual. Ao analisar a relação entre alguns elementos do sistema de valores e as formas de trabalho médico, Donnangelo identifica que a defesa deste ideal "aparece frequentemente relacionada a exigências intrínsecas à profissão médica, exigências de natureza ética e também técnico-científicas." (:127). Mas o ideal de autonomia acaba, na verdade, por afirmar um modelo liberal de trabalho, cuja concepção constitui um dos elementos mais significativos do código de ética médica.

Esta articulação entre autonomia e ética é apontada também na conceituação da profissão dada por Schraiber (1993). De acordo com a autora, o trabalho médico caracteriza-se como um trabalho que se assenta primeiramente em bases técnicas. Envolve um tipo de intervenção sustentado sobre um conhecimento que lhe é específico. À esta dimensão do fazer médico, implicando num saber científico, soma-se uma outra. Na medida em que esta ação se inscreve sobre um outro homem, enquanto seu objeto de trabalho, esta prática explicita sua dimensão ética. Ao intervir sobre valores que são ao mesmo tempo biológicos e psicológicos, ela articula um conhecimento técnico e ético.

Como profissão, a medicina caracteriza-se portanto por esta conjugação: a competência técnica-científica e, tão importante quanto, as suas normas de conduta, seus códigos de ética. Nesta perspectiva o conceito de autonomia diz respeito não só ao caráter técnico do trabalho médico mas também ao seu caráter ético. Ainda segundo Schraiber (op.cit), o *status* que a profissão passou usufruir frente à sociedade levou em consideração este aspecto ético do trabalho médico. Assim, para a sociedade, o lado 'subjetivo' do cuidado médico representado pelo saber ouvir, ter bons modos, saber comportar-se foi um elemento determinante de reconhecimento profissional.

A história da profissão médica explicita a forma como essas características acima referidas vão se constituindo. De uma prática inicialmente partilhada com feiticistas, bruxos, práticos e religiosos, por exemplo, a medicina ganhou impulso com o desenvolvimento científico e tecnológico experimentado, principalmente, pela física e química. O trabalho médico valeu-se, então, de fundamentos

técnico-científicos e de um reconhecimento social necessário para o seu estabelecimento, na sociedade, como uma profissão de consulta.

A universidade e o título de doutor propiciaram a primeira distinção entre os diferentes curadores da época. Tanto as universidades quanto as corporações não só outorgaram a estes profissionais uma identidade pública específica, como contribuíram para a regulamentação formal da profissão. Foram mecanismos que permitiram o estabelecimento da sua posição na sociedade diferentemente das outras ocupações. Ou seja, os bons resultados da prática médica, associados a um sólido fundamento de conhecimento, funcionaram como uma importante fonte de atração de clientela.

As organizações profissionais tiveram, por sua vez, um papel importante na história da profissionalização da atividade médica sob o ponto de vista sociológico. Para Marinho (1984) "a organização é um aspecto crucial para o sucesso de qualquer profissão, uma vez que através dela os profissionais poderão reivindicar o monopólio de uma especialidade por intermédio do patrocínio estatal" (:41). As associações desde muito cedo estiveram presentes no processo de profissionalização da medicina no Brasil. Já em 1829 surgia a Academia Nacional de Medicina, posteriormente denominada Academia Imperial de Medicina (1830). Através dela a categoria estreitava seus laços com os órgãos oficiais, funcionando inclusive como "órgão consultivo do governo" (Péres, 1974 :56). Com o passar dos tempos outras associações foram sendo formadas (sindicato, Associação Médica Brasileira, conselhos etc.). Este processo de oficialização das organizações médicas consolidou-se, como veremos mais adiante, com a criação, não mais em caráter provisório, do Conselho Federal de Medicina, em 1957.

Analisando também os papéis das diferentes associações, Collins (1979) destaca a função dos conselhos. Na verdade, diz ele, o interesse dos membros de uma profissão por riqueza, prestígio e poder é o que os leva a instituir, através de órgãos como o conselho, fortes mecanismos de controle sobre seus pares.

Um dos instrumentos primordiais de controle exercido entre pares, o código de ética aparece como característica comum a todas as denominadas profissões (Vollmer e Mills, 1966)*. Fundamentalmente, tais códigos profissionais, elaborados pela categoria e sancionados, buscam a uniformidade no que diz respeito às relações do profissional com o cliente, os colegas e a coletividade. Para Vollmer e

Mills (op.cit.), os códigos traduzem o compromisso de uma profissão com o significado (ideal) de serviço e a responsabilidade com a comunidade. Este compromisso caracteriza o que chamamos de orientação para o serviço. Segundo este conceito, as decisões profissionais devem basear-se nas necessidades do cliente e não nos interesses de cada profissional. Sendo assim, o comportamento demandado de um profissional deve ser, portanto, demandado de todos. Esta parece ser a essência dos códigos de ética.

Tal como definimos anteriormente, o código de ética contém as normas que devem orientar o exercício da profissão. Para Donnangelo (1975) nele estaria representado o conjunto tradicional de valores da profissão e uma tentativa de homogeneização da classe. Aos conselhos caberia, enquanto agências de sustentação destes valores, funcionar como um sistema de referência para a legitimação ou não-legitimação das novas condições de trabalho médico.

Na verdade, a referência aos valores tradicionais da categoria nos remete ao conceito de ideal de serviço tal como proposto pela sociologia. Como já vimos anteriormente, as chamadas profissões nobres — entre elas a medicina — possuem o que denominamos de orientação para o serviço. Isto é, destinam-se a servir aos interesses dos clientes e da comunidade (Moore, 1970)*. A forma como uma profissão desenvolve sua prática seria então orientada por esses interesses. A partir daí, a categoria (ou parte dela) estabelece o formato 'ideal' para a estruturação dos seus serviços profissionais. O ideal de serviço é assim o modelo de estruturação da profissão, de tal forma que esta cumpra com a sua finalidade. Trata-se porém de um tipo de interpretação onde segmentos da categoria, ao propor um modelo, estariam baseando-se no seu entendimento sobre o que seriam as necessidades da clientela. Além disso, ao responder às necessidades da população, a categoria busca também o reconhecimento social e a manutenção de seus privilégios.

A questão do ideal de serviço possibilita diferentes interpretações. Como analisa Donnangelo (1975), este ideal de serviço configurado no código de ética estaria, primeiramente, representando os valores da categoria quando da sua estruturação enquanto profissão. Ou seja, trata-se de uma medicina de perfil liberal onde o médico, entre outras características, tem a posse dos meios de produção. Embora as próprias relações de produção tenham sofrido alterações nas últimas décadas por diversas razões de

natureza sócio-econômica e políticas, este modelo permaneceu, segundo a autora, no imaginário da categoria como o modelo ideal. As alegações de que a atual estrutura do mercado de trabalho médico fere os princípios éticos da categoria, estariam, na verdade, encobrendo uma relutância em abrir mão de determinado modelo de prática que, de uma forma ou de outra, lhe é conveniente.

A referência a este ideal de profissional nos remete à Mills (1969) na sua colocação sobre o "modelo artesanal". Para o autor, o artesanato constitui o modelo idealizado de satisfação com o trabalho. Nele o trabalhador é livre para organizar como bem quiser o seu trabalho. Ao apontar as semelhanças com o chamado 'profissional liberal', Mills afirma que "diante deste modelo (artesanal) uma vista de olhos no mundo profissional do trabalhador moderno é suficiente para evidenciar que nenhum desses aspectos é encontrado hoje na experiência do trabalho.(...) Do ponto de vista ético, o artesanato limita-se a um grupo mínimo de profissionais liberais e intelectuais privilegiados".

A defesa de um ideal de serviço coloca-se na discussão dos códigos de ética médica. O conteúdo de tais códigos reproduz, de forma mais ou menos explícita, o conceito de ideal de serviço vigente em determinados períodos da história da profissão. Sob este aspecto, a questão da ética passa a desempenhar, a nosso ver, importante papel não só na consolidação das denominadas profissões e em especial da profissão médica, como também na análise sobre as transformações pelas quais essas profissões passam ao longo dos anos. Enfim, a perspectiva do código de ética, como reflexo da ideologia da categoria sobre o ideal de serviço, permite colocá-lo como uma fonte de referência para o estudo das redefinições que ocorrem no interior da prática médica. As mudanças verificadas atualmente no mercado de trabalho como o assalariamento da profissão, a exploração do trabalho médico, o lucro das empresas médicas, dentre outras, encontram no código, na sua aplicação e interpretação, uma arena onde diferentes ideologias se confrontam. Nesse sentido, o sistema de normas éticas parece constituir um elemento fundamental da divergência entre projetos de organização do mercado interno à categoria.

Nos últimos dez anos, o nosso Código de Ética Médica foi modificado por duas vezes, nos levando a crer que a categoria tem buscado acompanhar os movimentos de uma realidade que lhe diz respeito. Ao mesmo tempo, reflete uma tentativa de integração dos distintos projetos de mercado com o objetivo de criar uma concepção de homogeneidade do grupo profissional. Como veremos adiante, uma

investigação mais detida sobre a história dos nossos códigos de ética, os artigos substituídos e os novos é fundamental para uma melhor compreensão do tema.

CAPÍTULO 2

A NORMATIZAÇÃO DO EXERCÍCIO ÉTICO PROFISSIONAL DA MEDICINA

A responsabilidade profissional: aspectos jurídicos

A conduta ética no exercício profissional constitui uma responsabilidade profissional. Todos os médicos, quando no exercício da profissão devem, por força da lei, conduzir-se dentro de padrões éticos previamente estabelecidos. Não se trata apenas de uma consciência moral que orienta, como guia e juiz, o comportamento profissional. "Há uma lei expressa a observar e um órgão autorizado a fazê-la cumprir". (Dória, 1974:261). Neste contexto, a ética profissional aparece como um imperativo jurídico e baseia-se no princípio da responsabilidade.

De acordo com o postulado jurídico e pela própria etimologia da palavra, responsabilidade é "responder pelos atos cometidos, fazendo face a seus efeitos". (Pereira, 1992). Juridicamente são quatro as responsabilidades atribuídas aos cidadãos: civil, penal, administrativa e ética ou profissional.

Denomina-se responsabilidade ética ou profissional a obrigação que recai sobre o profissional de responder pelos atos cometidos no exercício da profissão. Difere da administrativa na medida em que trata dos deveres de ordem moral de uma profissão e não dos deveres funcionais.

O exercício da medicina importa portanto em quatro tipos de responsabilidades: ética, penal, civil e administrativa. Estas quatro modalidades que podem, em alguns casos, referir-se a um mesmo ato profissional, abordam aspectos diferenciados da prática médica. O atual código penal, por exemplo, que

trata das ações criminais que os indivíduos, de um modo geral, poderão cometer., identifica aquelas que são pertinentes ao exercício da medicina. Caracteriza como delitos penais, entre outros, o exercício ilegal da profissão (artigo 282), a eutanásia (artigo 121), o aborto (artigos 125 e 126), a revelação de segredo profissional (artigo 154) e o fornecimento de atestados falsos (artigo 302). As categorias penais de homicídio (artigo 121) e lesões corporais (artigo 129) podem incidir sobre o médico quando o ato profissional se enquadrar na tríplice modalidade de imperícia, imprudência e negligência.

Enquanto a responsabilidade penal volta-se para a existência do ato considerado criminal e para a sua autoria, a civil importa na reparação do dano. (Pereira, op.cit.)¹. A verificação da culpa e à avaliação da responsabilidade soma-se, neste caso, a obrigação de reparar o dano. Segundo o nosso código civil, cabe ao médico reparar danos causados por imperícia, negligência ou omissão. No entanto, são relativamente poucos no Brasil os casos de responsabilização de médicos no foro civil. O nosso padrão de cidadania — que supõe um desconhecimento sobre direitos do cidadão e um descrédito em relação ao sistema jurídico, entre outros — parece contribuir para este panorama. Em países como os Estados Unidos sobretudo, são freqüentes as demandas cíveis contra médicos visando reparações pecuniárias por supostas culpas em seus atos profissionais. (Dória, op.cit.).

A responsabilidade administrativa, por sua vez, prescreve as obrigações dos profissionais enquanto funcionários. São poucos os dispositivos legais que tratam especificamente da questão funcional dos médicos. Entre eles destacamos a legislação sanitária cujos temas guardam semelhanças com aqueles apontados no código de ética da categoria. Discriminam encargos ou deveres dos médicos, sejam sanitaristas ou clínicos, em casos como a notificação compulsória de doenças.

As interfaces entre estas quatro modalidades jurídicas (penal, civil, administrativa e ética) significam portanto que algumas atos que configuram infrações éticas podem, também, caracterizar infrações penais, cíveis ou administrativas. Nestes casos deve o médico responder pelo ato praticado em todas as instâncias cabíveis.

A responsabilidade ética médica, tema de nosso estudo, possui entre nós sua legislação específica e sua competente jurisdição: o Código de Ética Médica e os conselhos de medicina. O Código

¹ Neste sentido, o princípio penal busca a punição do ato infrator e não a sua reparação.

contém as normas de conduta ética para o exercício profissional que devem ser seguidas por todos aqueles que exercem a medicina. A confecção de tais códigos obedece ao postulado jurídico que impõe a descrição do comportamento sobre o qual aplica-se a lei. Para que um determinado comportamento possa ser punido é necessário, portanto, que tenha sido previsto e descrito. Deste modo, o Código de Ética Médica, assim como os demais códigos de ética profissional, explicita os direitos e deveres dos médicos identificando, prioritariamente através de prescrições negativas, os comportamentos que lhes são vedados.

Os conselhos de medicina, de acordo com a legislação vigente, são órgãos responsáveis pela supervisão da ética profissional. Além de dirigir e coordenar o processo de elaboração e alteração dos códigos de ética, fiscalizam o cumprimento das normas estabelecidas pelo Código. Cabe aos conselhos zelar pelo perfeito desempenho ético da medicina, disciplinando e julgando a categoria podendo, inclusive, puni-la quando necessário.

Ao longo da história da profissão no Brasil, tanto os códigos de ética quanto os conselhos de medicina mantiveram essas funções jurídicas de orientar e fiscalizar o desempenho profissional. No entanto, em determinados períodos da história da categoria, o conteúdo dessas orientações e o perfil de sua fiscalização apresentaram modificações. Como veremos na análise dos códigos e dos conselhos, essas alterações parecem expressar as transformações que o conceito de ética, o perfil ideal do médico e a tecnologia médica têm sofrido ao longo desses anos. Assim, numa primeira análise, refletem mudanças substantivas na concepção social do trabalho e do profissional de medicina.

Os códigos de ética médica: a normatização da conduta ética

O primeiro código de ética médica surgiu em 1931 por iniciativa do Sindicato Médico Brasileiro. Denominado Código de Deontologia Médica, subscrito pelo então Ministério da Educação e Saúde, baseava-se no Código de Moral Médica aprovado pelo II Congresso Médico Latino-Americano,

realizado em Havana no ano de 1926. Tratava-se, mais precisamente, de uma tradução com pequenas alterações.

Em 1929 publicava-se a tradução do Código de Havana². O objetivo inicial era promover um debate visando adaptar o referido código à realidade brasileira. No entanto, pouco se fez neste sentido. Dos 12 capítulos originais, um foi suprimido na versão nacional. Nele abordava-se o comportamento dos enfermos frente aos médicos. Algumas expressões foram simplesmente substituídas, como, por exemplo, "toda a República" por "todo território pátrio". Além disso, no caso brasileiro, criava-se o Índice³, onde figuravam os profissionais indignos da profissão.

De um modo geral, este Código representou "um esforço que parte da categoria fez no sentido de resistir às alterações que estavam se processando no interior da profissão." (Pereira Neto, 1992). O incremento de um processo de capitalização e estatização da medicina introduzia novas características no trabalho médico: o assalariamento da profissão, a perspectiva preventivista, a intermediação etc. Introduziam, portanto, modificações no modelo de prática em vigor até o início do século, baseado no médico clínico, curativo, inserido numa relação individualizada com seu paciente. O Código de 1931, como uma reação a estas alterações, privilegiava este perfil de médico representante do modelo liberal, e considerado hierarquicamente superior ao especialista.

Nesta data (1931), os princípios orientadores da conduta ética no exercício da profissão passam a estruturar-se num código com força de lei, subscrito pelo então ministro de Educação e Saúde. Estava outorgado, de acordo com o último capítulo do Código, o Conselho de Disciplina Profissional: "Para conhecer, julgar e sentenciar sobre qualquer infração às disposições do presente Código fica instituído o Conselho de Disciplina Profissional, cuja jurisdição se estende a todo território pátrio."

A essa altura, 1930, a classe trabalhadora e com ela as profissões 'intelectuais' começavam a estruturar-se como corporações que exigiam direitos próprios, vantagens e leis reguladoras. (Péres, op.cit.) Porém, enquanto pioneiros do sindicalismo das profissões liberais, os médicos estavam nesta época preocupados com a defesa de seus direitos decorrentes do exercício profissional. Segundo Jairo

² Esta tradução, realizada pelo Dr. Cruz Campista, foi publicada no número 8 do *Boletim do Sindicato*, em agosto de 1929.

³ Segundo o Dicionário Aurélio, a expressão "pôr no index" significa "assinalar como perigoso".

Ramos (1974), "defesa para conseguir melhor instrução, melhores condições de trabalho e de remuneração." (:73)⁴. Estes objetivos, associados à reação contra o Conselho, cujas finalidades eram consideradas agressivas à categoria, parecem ter contribuído para que ambos, Conselho de Disciplina e o Código de 1931, tivessem vida meramente teóricas. (Péres, 1974)⁵.

Durante o período de 1933 a 1943 a consolidação dos órgãos de deontologia médica ficou paralisada (Marinho, 1986). Somente em 1945, com o decreto-lei 7.955 criava-se o Conselho Federal de Medicina⁶ e entrava em vigor o Código de Deontologia Médica, aprovado pelo IV Congresso Médico Sindicalista de 1944. Tratava-se, mais uma vez, do mesmo Código Latino-Americano de Havana, mantendo, inclusive, a proposta de um Conselho de Disciplina Profissional. Somente em 1957 surgia, de fato, o novo Código de Ética Médica, ainda provisório, elaborado pela Associação Médica Brasileira — AMB.

A lei 3.268/57⁷, ao criar o Conselho Federal de Medicina e os conselhos regionais determina, no seu artigo 30 que: "Enquanto não for elaborado e aprovado pelo Conselho Federal, ouvidos os Conselhos Regionais, o Código de Deontologia Médica, vigorará o Código de Ética da Associação Médica Brasileira."⁸ Este estatuto, segundo Péres (1974), "pouco se assemelha aos nossos anteriores, não sendo, entretanto, exclusivamente uma codificação de regras morais, já que alinha dispositivos legais claros." (:65)

⁴ A defesa desses interesses da categoria orientou atuação inicial do Sindicato Médico Brasileiro que pautava-se por um Decálogo. Como descreve Pereira Neto (1992) "nesta pauta (Decálogo) encontram-se itens relativos ao estabelecimento do monopólio do saber e da prática médica, a delimitação de um mercado de trabalho e uma atenção especial para com a remuneração e os direitos trabalhistas e previdenciários dos médicos assalariados." (:111).

⁵ Segundo Péres (1974), a reação que se produziu foi "provocada pela criação daquele Conselho com a denominação tão chocante para a época e com as finalidades que os médicos de então consideravam agressivas e ofensivas à classe." (:61). Esta situação, ainda segundo o autor, era um reflexo do que ocorria na França onde, mesmo enfrentando problemas de comportamentos médicos mais graves, "a reação à disciplinação foi muito mais intensa." (:61).

⁶ Este Conselho, como veremos num capítulo adiante, foi criado em caráter provisório. Nas palavras de Jairo Ramos (1974) "Pouco realizou este Conselho provisório. Não consegui mesmo constituir os Conselhos Regionais com sede nos vários Estados da Federação, conforme mandava o decreto-lei já referido." (:72).

⁷ Esta lei substituiu o decreto-lei 7.955 e criava o Conselho Federal de Medicina e os conselhos regionais, tal como estão estruturados até os dias de hoje.

⁸ Este Código, denominado pela primeira vez de Ética Médica, não mais Deontologia, fundamentava-se no juramento de Hipócrates, na declaração de Genebra e no Código Internacional de Ética Médica. (Péres, 1974).

O código da AMB tornou-se a base do Código de Ética Médica homologado pelo Conselho Federal de Medicina, em 1965. De acordo com o que promulgava a lei 3.268 foram realizados debates visando a formulação do novo código. A proposta retirada no Congresso dos Conselhos Regionais (1963) modificava apenas três artigos do código da AMB. Os códigos de 1957 e 1965 são praticamente os mesmos, com alterações específicas pertinentes ao processo interno da profissão médica.

Vale ressaltar que, no período de 34 anos (1931 a 1965) de regulação da prática médica através de códigos de ética, foram homologados quatro códigos com conteúdos parecidos, diferindo, na essência, muito pouco um do outro. Esta é, certamente, uma questão relevante que merece estudos mais aprofundados, o que foge ao objeto deste trabalho.

As alterações homologadas pelo código de 1965 incidiram sobre os artigos 4 letra d, 17 e 18. Como deveres fundamentais do médico, o artigo 4 previa na sua letra d: "Aprovar as iniciativas de defesa dos interesses morais e materiais da classe médica, através de seus órgãos representativos". A modificação implicou na supressão deste item e na inclusão do artigo 7 que estabelecia: "Deve o médico, tanto quanto possível, ser solidário com os movimentos generalizados e justos da defesa dos interesses de sua categoria profissional". Da mesma forma, as alterações dos artigos 17 e 18 explicitavam na nova redação que, ao demitir-se ou abandonar cargo ou função, o médico deve submeter-se a um pré-julgamento do conselho. O mesmo procedimento deveria ser adotado quando da aceitação por parte do médico de um emprego deixado por colega que tenha sido exonerado sem justa causa⁹. Estas reformulações tinham por objetivo dar uma maior autoridade aos conselhos regionais, impedindo-os de se transformarem em meros executores das decisões de grupos médicos. (Ramos, op.cit.). No entanto, com o artigo 4, reconhecia-se que tais objetivos não deveriam suplantiar o princípio da autonomia profissional e sua capacidade de emitir julgamentos.

De um modo geral, o Código de 1965 expressa o perfil do médico liberal e corporativo em seus artigos. A ênfase dos capítulos recai sobretudo nas relações deste profissional com as diferentes áreas: justiça, saúde pública, instituições assistências e hospitalares e com auxiliares do serviço médico

⁹ Este artigo (18) foi considerado inconstitucional em parecer da Consultoria Geral de República, conforme publicado no D.O.U de 13.08.70.

(capítulos VIII, IX e X). As responsabilidades frente à corporação determinavam, por exemplo, a não cobrança de honorários aos colegas e familiares (artigo 68, capítulo VII).

Dezenove anos depois, entrou em vigor um novo código. O processo de abertura política que ocorria no país impulsionava os conselhos a reformular o código profissional da categoria. No entanto, antes mesmo que os conselhos regionais consolidassem uma proposta de reformulação, o Conselho Federal de Medicina resolveu homologar o Código de 1984. Este aparece assim como fruto de uma diretoria que, já em processo de final de mandato, deixava a direção do CFM¹⁰.

O Código de 1984 apresentou novas facetas do perfil profissional. Partindo também dos princípios hipocráticos, começava a abordar a questão do assalariamento da categoria e a mercantilização da medicina de forma mais explícita. Surgem capítulos específicos para temas tais como: atestados médicos, direitos humanos, perícia e auditoria médica. A preocupação com um possível abalo no prestígio social do médico expressava-se, por exemplo, na redação do Princípio X, onde lemos que o médico deve proceder harmonicamente junto à corporação "de forma a não diminuir o seu conceito perante a sociedade". A remuneração profissional ganhou outro enfoque, não só na relação com os colegas, onde falava-se apenas de "reduções possíveis" (artigo 67) como também na explicitação de se obter vantagem econômica com o trabalho de outro médico.

O Código de 1988

Buscando ampliar e, ao mesmo tempo, adequar às novas necessidades sociais e profissionais da corporação, entrou em vigor, em 1988, o atual Código de Ética Médica. As alterações firmadas no Código de 1984 não tinham esgotado o assunto. Os congressos realizados pelos conselhos, nos anos de 1986 e 1987, envolvendo inclusive representantes da sociedade civil, apontavam para maiores reformulações. As transformações do mercado de trabalho da categoria de medicina e a realidade social foram temas centrais dos debates.

¹⁰ Informações colhidas através da entrevista do Dr. Franklim Rubsteim, primeiro secretário do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, em 28.09.93.

O perfil do mercado de trabalho médico é tratado de forma sistemática, numa tentativa de normatizá-lo. No preâmbulo (item II), determina-se uma 'subordinação' ao Código: "as organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste código." Embora uma lei de 1980 obrigue o registro de todos os estabelecimentos prestadores de serviços médicos nos conselhos de medicina, tal subordinação aos princípios éticos da categoria e, portanto, às normas do Código, é mencionada pela primeira vez. Aos hospitais e clínicas somam-se aqui os grupos médicos, cooperativas e seguradoras.

Até então todos os códigos de ética médica, com maior ou menor ênfase, referiam-se ao médico numa perspectiva individual. Refletiam, certamente, a realidade de uma prática médica sustentada sobre o modelo liberal, enfocando o perfil do profissional autônomo. Contudo, o mercado de trabalho tem experimentado, ao longo dos tempos, mudanças neste padrão tais como o crescente assalariamento da categoria, a entrada das megacorporações no mercado, os convênios, as empresas médicas etc. A manutenção do perfil de médico liberal pelos antigos códigos sugere, como afirma Donnangelo (1975), uma tentativa de defesa deste modelo. Ao estabelecer normas visando o controle dos estabelecimentos prestadores de serviços médicos, o Código de 1988 não só sucumbe à realidade do mercado mas também procura trazê-la, como um tema, para o interior da categoria.

Além disso, no Código atual a liberdade profissional é reafirmada acima de interferências, sejam de disposição estatutária ou regimental de hospital, instituição pública ou privada (artigos 8 e 16). Procura-se assim enquadrar as instituições que, nos últimos anos, vêm impondo restrições à independência dos médicos, como por exemplo, a estipulação de tipos de procedimentos, número de consultas etc. No artigo 21 afirma-se que cabe unicamente ao profissional médico indicar o procedimento adequado ao paciente.

De especial atenção no atual Código é a comercialização da medicina. Ela passa a ser um tema abordado em diversos artigos, referindo-se às situações que vêm sendo experimentadas pela categoria no seu dia-a-dia. "A medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio" (artigo 9) diz um dos princípios gerais do Código. No desdobramento dessa questão, algumas atividades são discriminadas: a exploração por terceiros (artigo 10), a exploração do trabalho médico como proprietário, sócio ou dirigente (artigo 92) e a participação na comercialização de órgãos

(artigo 75). Os atestados médicos, que figuram pela primeira vez como um capítulo específico, caracterizam-se também como um instrumento passível de comercialização. Embora sem abordar este aspecto de forma clara, no atual Código é vedado ao médico fornecer atestado sem ter praticado o ato (artigo 110), utilizá-lo como forma de angariar clientela (artigo 111) e importá-lo em qualquer majoração dos honorários (artigo 112, parágrafo único).

Outro ponto relevante e novo para a corporação médica é a questão da greve. A leitura do artigo 24 aponta que o médico tem direito de suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada não oferecer condições éticas mínimas para o exercício da profissão. Quando a paralisação for motivada por estas questões não se constitui em falta ética. A situação dos setores de emergência, no entanto, é abordada num artigo à parte. Deixar de atender nestes setores, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria, constitui infração ética e, vale ressaltar, delito penal.

De modo geral, o Código de 1988 inova em alguns aspectos. Temas como doação e transplantes de órgãos e tecidos, pesquisa médica e boletim médico ganham capítulos específicos onde são tratados mais amiúde. Mas, a grande mudança é a presença, em diversos pontos do código, de artigos que apontam para questões sociais. Os prejuízos à saúde advindos, por exemplo, do meio ambiente (artigo 13) e/ou das condições de trabalho (artigo 40) são assuntos que devem, a partir de agora, ser notificados às autoridades competentes pelos profissionais de medicina. Além disso, é dever do médico esclarecer o paciente sobre os determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença (artigo 41).

Os deveres e direitos dos médicos, tais como explicitados no presente código, estão se ampliando. As atribuições profissionais parecem, em algumas situações, confundirem-se com deveres inerentes à condição de cidadãos. Nos tempos atuais, a responsabilidade ética e social da categoria poderia ser resumida no que propõe a redação do artigo 14 do seu Código de Ética. Diz ele: "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."

A medicina como um direito de todos, a dimensão política do trabalho médico e as novas formas de organização do mercado são alguns dos princípios que, implícita ou explicitamente, orientam a proposta de prática médica contida no Código de 1988. A conduta ética atual para o profissional de medicina baseia-se nestas orientações. Cabe aos médicos segui-las e aos conselhos de medicina, como veremos, supervisionar e fiscalizar o seu cumprimento.

CAPÍTULO 3

A SUPERVISÃO E FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO ÉTICO: O CONSELHO DE MEDICINA

A constituição dos conselhos de medicina

Os conselhos regionais de medicina, juntamente com o Conselho Federal são órgãos representativos da profissão médica, responsáveis pela elaboração das normas que orientam o exercício ético dos profissionais. Cabe-lhes supervisionar e fiscalizar tal exercício, zelando pelo seu perfeito desempenho ético da medicina e defendendo a categoria contra a má prática profissional, que porventura possa ser praticada. Possuem, para tanto, a competência de disciplinar e punir os erros éticos, aplicando sanções aos médicos infratores. Estas atribuições fazem dos conselhos de medicina matéria do nosso interesse. Portanto, procuraremos inicialmente situá-los no conjunto das associações de representação de interesses do médico, tal como se encontram estruturadas no país.

Atualmente os conselhos de medicina, os sindicatos e a Associação Médica Brasileira constituem o tripé no qual sustenta-se a representação profissional da medicina. No âmbito dos conselhos regionais tem-se a representação nacional, reunindo todos os conselhos e denominado Conselho Federal de Medicina. A este órgão cabe não só coordenar as funções, representações e interesses que são pertinentes aos conselhos, como e principalmente, em arbitrar como instância superior de representação e decisão. Da mesma forma, a Federação Nacional dos Médicos congrega todos os sindicatos médicos do país, figurando assim como a entidade máxima de representação sindical da

corporação. Já a Associação Médica Brasileira atua também nacionalmente no âmbito da formação profissional e, em alguns casos, na regulação do mercado, quando, por exemplo, estabelece e fixa a tabela de honorários médicos.

Estas três entidades possuem funções distintas, cada uma representando determinados grupos de interesses da corporação. Esta forma de estruturação fracionada é uma característica do modelo brasileiro¹ e teve como ponto de partida a criação do Sindicato dos Médicos do Brasil, no final da década de 1920, como veremos mais adiante.

Embora a Sociedade de Medicina, denominada posteriormente Academia Imperial de Medicina seja a mais antiga associação médica do país, tratava-se de uma sociedade científica. Somente na década de 1920, com o movimento da classe trabalhadora, "as profissões intelectuais começam a tomar personalidade, no sentido de corporações que exigiam direitos próprios". (Péres, op.cit.:56). Vale ressaltar que a categoria médica foi a primeira profissão liberal a associar-se em bases sindicalistas. Inicialmente, os idealizadores do Sindicato dos Médicos pretendiam que esta organização "fosse a única entidade nacional representativa de todos os profissionais." (Labra, 1992:17). A elaboração de um código de ética era, inclusive, uma de suas atribuições, prevista no artigo 2º do seu estatuto. De fato, o primeiro Código de Deontologia Médica surgiu em 1931 como iniciativa do movimento sindicalista.

Os contornos da política sindical e trabalhista da Era Vargas impulsionaram a ação do Sindicato para temas relativos à estatização da medicina e à subordinação da prestação de serviços de saúde às relações capitalistas de produção. Tendo em vista que as bases técnicas da prática e do saber médicos não apresentavam ainda severas modificações, a atenção sindical voltava-se, na década de 1930, para o assalariamento e a exploração do trabalho médico pelas entidades filantrópicas no Rio de Janeiro (Pereira Neto, A. & Maio, 1992).

A defesa dos interesses de ordem econômica era uma prerrogativa do sindicato. E, como assinalava o primeiro código de ética, as questões morais e éticas da categoria deveriam ser tratadas por um conselho criado especialmente para este fim. Durante o IV Congresso Médico Sindicalista Brasileiro

¹ A estruturação da representação profissional numa só confederação ou órgão de representação é o que encontramos em países como os Estados Unidos, França e Chile.

(1944) foi elaborado o projeto de lei que deu origem aos conselhos de medicina (1945). De acordo com o decreto-lei nº 7.955, criou-se o Conselho Federal de Medicina provisório, responsável pela instalação dos conselhos regionais do Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro, antigo Distrito Federal. No entanto, este decreto, assim como o Conselho Federal de Medicina, não obtiveram o apoio da categoria por dois motivos fundamentais: "1º) a classe não havia sido ouvida para a elaboração do decreto-lei; 2º) a existência do artigo 14º que atribula ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio a competência para decidir sobre os casos omissos e as dúvidas suscitadas na execução do decreto-lei." (Ramos, op.cit.:72). Delegar ao Ministério a função de árbitro para as questões de ética médica significava retirar da categoria a autonomia sobre o controle de seus pares.

Nesta época porém, os médicos preocupavam-se com a defesa de seus direitos decorrentes do exercício profissional mais do que com a criação de um tribunal de ética (Ramos, op.cit.). A medicina previdenciária, que já vinha configurando-se desde a década de 1930, intervinha sobre as relações de mercado atingindo diretamente a prática médica. A compra de serviços médicos, o credenciamento e, mais tarde, o seguro de saúde foram algumas medidas que marcaram não só a presença do Estado na área da saúde como também novas modalidades de assistência médica. Com o objetivo de defender seus direitos, a categoria buscava "se agrupar numa verdadeira associação de classe, de âmbito nacional, (...), dando à classe a noção de união e defesa." (Ramos, op.cit.). O Conselho Federal de Medicina provisório, dado as suas características, não representava esta unidade da corporação. Foi neste contexto e estimulado por este movimento que, em 1951, deu-se início à constituição de uma nova entidade: a Associação Médica Brasileira — AMB.

Com o lema União e Defesa, a AMB surgiu em 1952 propondo-se, com base na orientação técnica e científica, a intervir na organização da assistência médica no país. (Luz, 1975). Durante um período (final da década de 1950 e, principalmente, década de 1960), esta entidade desenvolveu uma ofensiva sistemática contra a medicina de grupo. Defendeu a prática médica liberal, especificando inclusive razões de ordem ética e técnica. Para a AMB, o modelo liberal preservava as qualidades éticas e técnicas da prática médica como a livre escolha do médico, a livre fixação dos honorários e a ausência de intermediação médico-paciente. (Cordeiro, op.cit.).

Até meados da década de 1950 portanto, os três principais órgãos representativos da categoria médica no Brasil — Conselho, Sindicato e Associação — estavam estruturados. Contudo, como nos referimos acima, os médicos ainda discordavam dos termos do decreto-lei 7.955 que, ao criar os conselhos de medicina, delegava ao Ministério do Trabalho poderes decisórios sobre questões de ética médica. Reivindicavam alterações que garantissem aos médicos o controle exclusivo sobre suas atividades. Foi o que ocorreu e a lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957 trazia, em seu enunciado, estas reivindicações.

Deliberando sobre a constituição dos conselhos e sua estruturação, esta lei, marco na história dos conselhos, vigora até os dias atuais. No artigo 2º enuncia-se: "O Conselho Federal e os Conselhos Regionais 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 exercem legalmente." Portanto, para o exercício da medicina passa a ser obrigatório a inscrição nos conselhos.

Além disso, a lei 3.268 dispõe sobre o tipo e formato desta instituição, definindo-as (Conselho Federal de Medicina — CFM e Conselhos Regionais — CRs), como autarquias de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira.

O CFM é composto de delegados e suplentes eleitos pelos conselhos regionais para um mandato de cinco anos. A diretoria, constituída pelo presidente, vice-presidente, secretário geral, primeiro e segundo secretários e tesoureiro, deverá ser eleita na primeira reunião ordinária do CFM para um mandato de dois anos e meio.

Os conselhos regionais, formados em cada capital e território de estado, têm composição semelhante. Seus membros são eleitos em escrutínio secreto na assembléia dos inscritos sem discriminação de cargos para um mandato de cinco anos. A composição da diretoria e o seu mandato dependem do regimento interno de cada conselho. De modo geral, a diretoria, como ocorre no CFM, é

eleita na primeira reunião ordinária e composta pelo presidente, vice-presidente, primeiro e segundo secretários e tesoureiro. Os mandatos por sua vez variam de um até dois anos meio²¹.

As fontes de arrecadação dos conselhos são também discriminadas nesta lei. Ao CFM cabe, por exemplo, 20% do imposto sindical pago pelos médicos bem como um terço da receita dos conselhos regionais oriundos de expedição de carteiras, multas aplicadas e anuidades percebidas. Os dois terços restantes constituem parte da renda dos próprios CRs., acrescida da taxa de inscrição.

Em suma, a lei 3.268 e a sua regulamentação dispõem sobre o funcionamento dos conselhos, abordando ainda temas como inscrição, taxas, carteiras profissionais e anuidades, eleições etc. Estabelece os procedimentos a serem adotados nos casos de infrações éticas bem como os tipos de penas aplicáveis.

Com a constituição dos conselhos de medicina inicia-se uma nova etapa da história da profissão médica no país. Cada estado, território e distrito federal, com seus respectivos conselhos, começam a escrever uma história que, para além dos pontos comuns, marcam a especificidade de cada um.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

Redefinida a estruturação dos conselhos de medicina com a lei 3.268, foram convocadas as eleições para o Conselho Federal de Medicina e todos os demais conselhos regionais, em 1957. Os conselheiros eleitos tomaram posse em 1958 para um mandato de cinco anos (1958/1963).

Neste período, o Conselho Regional do Rio de Janeiro, então denominado Conselho Regional do Estado da Guanabara — Cremeg, contava, aproximadamente, com 11 mil médicos inscritos. Número visivelmente inferior à totalidade de médicos existente no estado, já que o Rio de Janeiro contava com cerca de 30 mil médicos (Silva, 1974). A obrigatoriedade da inscrição no Conselho não produzia o efeito de cadastramento imediato e total dos profissionais que atuavam e residiam no Rio de Janeiro. No

²¹ O corpo de conselheiros portanto é eleito para um mandato de cinco anos. A diretoria, eleita por estes conselheiros, pode ter diferentes mandatos de acordo com o regimento interno do conselho em questão. No Rio de Janeiro, atualmente, o mandato da diretoria é de dois anos e meio.

seu processo de implantação, a primeira diretoria do Cremeg lutava por expandir sua força representativa.

Entre 1964 e 1970, acentuavam-se os debates sobre a capitalização e estatização da medicina, com a criação do INPS e os denominados convênios-empresa, por exemplo, como analisa Cordeiro (op.cit.). Neste contexto, a reação contra os grupos médicos, encabeçada pela AMB com apoio de alguns conselhos e sindicatos, baseava-se em alegações de ordem ética. Segundo a AMB, a atuação desses grupos constituía uma infração ética na medida em que a assistência médica era vista como de competência exclusiva do médico, com suas respectivas responsabilidades e direitos. A presença de intermediação na relação médico-paciente feria a ética médica. Neste momento porém, a menção a questões éticas visava exclusivamente a defesa do modelo liberal e não implicava numa preocupação com o tema em si.

A participação dos conselhos, incluindo o Conselho Regional do Estado da Guanabara, na discussão sobre o modelo de assistência à saúde pautava-se nas questões éticas. Postulava-se que a livre escolha tanto do médico como da terapêutica, dos honorários e a ausência de intermediário, elementos característicos da medicina liberal, estavam de acordo com os princípios do Código de Deontologia Médica. Segundo Jorge Barbosa (1964), presidente do Cremeg na época, "o Conselho precisa se pronunciar sobre os preceitos gerais que devem reger e conduzir a profissão no âmbito privado e governamental, para que a formulação venha ser feita em bases racionais sólidas, realistas, econômicas e éticas." (:446).

A reação ao projeto de estatização da medicina que estava sendo implantado não era, no entanto, uma unanimidade na categoria. Para determinados médicos as medidas estatizantes como a criação do INPS, o convênio-empresa etc. representavam uma garantia de emprego e salários certos. Afinal, nesta época (década de 1960), a alta concentração desses profissionais na cidade do Rio de Janeiro resultava na proporção de um médico para cada 360 habitantes e já traduzia um forte clima de concorrência.

Progressivamente, tais questões vão ocupando o cenário da prática médica, preocupando em muito as suas entidades representativas. A proposta da cooperativa médica, como Unimed, surgiu,

precisamente no Rio de Janeiro, em 1971, com o apoio do Cremeg e do Sindicato, como uma alternativa à medicina 'lucrativa' e a própria 'competição' de mercado, que já mencionamos. Sua maior característica era tratar-se de "uma empresa de propriedade coletiva composta e dirigida exclusivamente por médicos (...)" (Farha, 1993:171). Combatia o assalariamento da categoria e posicionava-se como entidade sem fins lucrativos²².

Em 1975, com a fusão do Estado do Rio de Janeiro, o Conselho passou a ser denominado Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro — Cremerj. Esta alteração implicou numa nova eleição, cabendo à chapa vencedora completar o mandato de cinco anos (1976 a 1978).

O final da década de 1970 marcou o período de redemocratização do país. O processo de abertura política traduzia-se em novos movimentos sociais inclusive na área da saúde. No ano de 1976 surgiram os denominados movimentos de Renovação Médica (Reme), organizados principalmente no Rio de Janeiro e São Paulo. Condenando a medicina empresarial, "estes movimentos acrescentaram às reivindicações corporativas, de caráter econômico, outras ligadas às transformações empresariais da medicina." (Cordeiro, op.cit.:99). Além disso, explicitavam um posicionamento político da categoria frente a temas nacionais e de saúde. Como um movimento de ampla atuação, os representantes do Reme venceram as eleições sindicais de diversos estados, entre eles São Paulo e Rio de Janeiro e se tornaram vitoriosos também nas eleições para o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro em 1978.

As eleições para a gestão 78/83 não foram, no entanto homologadas pelo CFM. Contrária a este movimento, a então diretoria do Conselho Federal de Medicina reagiu à perda de controle sobre os conselhos regionais, não permitindo a posse dessas diretorias eleitas com perspectivas políticas. Neste sentido, o parecer do Conselho Federal alegava que médicos formados com menos de cinco anos, embora pudessem votar, não poderiam ser eleitos, criando assim um efetivo entrave burocrático à sua posse²³.

Denominada Renovação e Unidade a chapa vencedora impetrou mandato de segurança, iniciando uma disputa judicial que durou cinco anos. Nesse período, o Cremerj foi dirigido por uma

²² Nas palavras de Cordeiro (op.cit.) "a cooperativa não reconhece a existência de lucro, mas de "sobras" líquidas, que (...) serão distribuídas aos associados na proporção das operações que houverem realizado com a cooperativa (...):134).

²³ A chapa organizada pelo Reme e vencedora com 75% dos votos possuía aproximadamente 50% dos seus membros nesta situação.

junta interventora do Ministério do Trabalho. Esta junta não tinha, no entanto, poder legal para julgar infrações éticas. (Almeida, 1990). As poucas denúncias recebidas no período eram encaminhadas ao Conselho Federal ou simplesmente arquivadas.

Em 1983, o Tribunal Federal de Recursos determinou novas eleições. A mesma chapa, Renovação e Unidade, venceu as eleições e assumiu em 1984. O discurso de posse da nova diretoria enfatizava a oposição ao empresariamento da medicina, a necessidade de intervir no modelo assistencial em vigor e a lutar pelo restabelecimento do estado de direito no país. A reforma do código de ética tornou-se impositiva frente s mudanças ocorridas com a categoria e com o próprio setor de saúde em geral. Como afirma Maurity (1984): "A atuação dos médicos se vê determinada não só pela competência, pela integridade e pelo saber dos profissionais, mas também pelas disponibilidades e condições ambientais em que a medicina é praticada.". As condições de trabalho passam a ser elementos importantes para o exercício ético da medicina e figuram como questões fundamentais para a reorientação da atuação do Cremerj.

Esta diretoria, responsável pela gestão 83/88, adotou uma nova forma de atuação do Cremerj. Inicialmente, foram instituídas as comissões de ética em todos os estabelecimentos de saúde, públicos e privados. Estas comissões têm como função a fiscalização das condições de atendimento, além de proceder as sindicâncias sobre as denúncias que envolvem suas instituições. Além disso, foram criadas diversas comissões de estudo com o objetivo de aprofundar temas relacionados a prática médica para melhor orientar a categoria.

A proposta de descentralização e democratização das ações do Conselho ampliou-se, no ano de 1987, com a criação das delegacias regionais, cobrindo todo o estado do Rio de Janeiro. Divididas em seis regiões, estas delegacias são compostas por uma diretoria, eleita por voto direto e secreto, pelos médicos da região. (Almeida, op.cit.).

Com a Resolução 19/87 o Cremerj iniciou uma luta: a regulamentação das atividades da medicina de grupo. Esta resolução estabelece a obrigatoriedade de cobertura a todas as doenças contidas no Código Internacional de Doenças, a obediência a tabela da AMB e o pagamento médico até trinta dias após o atendimento. A imediata reação das seguradoras, já envolvidas nesta época com a questão da

AIDS, entre outras doenças infecto-contagiosas, levou o tema à justiça. Embora as decisões jurídicas, até agora, se coloquem ao lado do Cremerj, os embates são constantes.

A revisão do Código de Ética Médica foi uma outra atividade encaminhada por esta diretoria. As discussões iniciadas ainda no ano de 1984, culminaram na Conferência Estadual de Ética Médica em 1987, com a elaboração de um anteprojeto. No mesmo ano, com a participação de representantes de todo o país, realizou-se a I Conferência Nacional de Ética Médica dando origem ao novo código, homologado em janeiro de 1988.

O Cremerj de 1988 a 1993

A proposta de continuidade do trabalho iniciado pelos conselheiros da gestão 83/88 levou a reeleição da chapa com pequenas alterações na sua composição, ou seja, 80% dos conselheiros permaneceram compondo a nova chapa. Formada por quarenta conselheiros mais dois indicados pela AMB, com faixa etária entre 26 e 70 anos, a chapa Saúde Unida incluía representantes das diferentes especialidades. Abordava, na sua plataforma de campanha, temas como salários e condições de trabalho, direitos humanos, aposentadoria e sociedade. Além disso, tratava de outros claramente vinculados ao meio médico como medicina liberal, cooperativismo, planejamento familiar, ensino, residência e política de saúde.

Reeleitos para um novo mandato (88/93), este grupo manteve-se dentro dos mesmos parâmetros da gestão anterior, procurando garantir uma ação mais ampla e efetiva do Conselho. Propunham-se inclusive a fortalecer algumas medidas já adotadas, como, por exemplo, as comissões de ética, o processo de descentralização com as delegacias regionais e a defesa das resoluções 17/87 e 19/87²⁴.

²⁴ A resolução 17/87 normatiza os procedimentos médicos nas instituições de saúde e a resolução 19/87 regulamenta as atividades das empresas de medicina de grupo.

Neste período, as denúncias sobre infrações éticas adquiriram um volume expressivo, somando aproximadamente 1.750 denúncias. A preocupação com o desempenho ético e com a situação da rede de saúde levou o Conselho a incrementar atividades de fiscalização a estabelecimentos públicos e privados. Reunidos no denominado Movimento em Defesa da Saúde (MDS), o Cremerj, juntamente com outros conselhos da área da saúde, como os conselhos regionais de farmácia, enfermagem, psicologia e nutrição, realizou diversas vistorias em diferentes tipos de estabelecimentos da rede pública e privada. Tais vistorias, que visavam fundamentalmente desenvolver ações de caráter mais preventivo, resultaram, em alguns casos, nas denominadas "interdições éticas". As condições físicas da unidade, bem como as materiais, as de recursos humanos e de equipamentos são objeto da fiscalização e podem levar a interdição determinada tanto pela fiscalização sanitária como pelo próprio Conselho. Sendo o Conselho de cunho eminentemente ético e não policial, suas interdições são revestidas de caráter ético, isto é, implicam considerar um estabelecimento ou mesmo a unidade de saúde "interditada eticamente" para o desempenho profissional.

Além disso, o Cremerj instituiu a resolução 24/89 dispondo sobre a responsabilidade ética nas instituições médicas. De acordo com tal resolução a qualidade do ato médico passa a ser de responsabilidade não só do profissional que o executa mas também, dos seus superiores hierárquicos. Com isto não se procura retirar do profissional a responsabilidade do ato. Entretanto, verifica-se que, em alguns casos, uma outra responsabilidade soma-se a esta. Assim, o diretor técnico de uma unidade, por exemplo, deve responder pelas condições ambientais que porventura intervieram na prestação dos serviços médicos. Nesta sentido, o artigo 6º desta resolução aponta para as normas que devem orientar a transferência de pacientes das unidades, garantindo sua efetivação com segurança.

A participação dos conselheiros está prevista em todas as atividades do conselho. Através das comissões, constituídas pelos próprios conselheiros, diversos assuntos médicos são acompanhados, estudados e servem de referências para as medidas/resoluções editadas pelo Cremerj. Os processos éticos, por sua vez, contam com a participação de conselheiros em todas as etapas do seu desenvolvimento: denúncia, sindicância, sessão da câmara e de julgamento.

Com esta caracterização, procuramos identificar alguns aspectos relevantes daquele que é o segundo maior conselho de medicina do país, representando aproximadamente 28% de todos os médicos atuantes no Brasil²⁵. Até 1992 o Cremerj contava, aproximadamente, com 56 mil médicos inscritos e destes, cerca de 35 mil encontram-se em atividade. Em determinadas situações, como veremos a seguir, esses médicos e suas práticas são objeto de denúncias sobre infrações éticas, que constituem os denominados "processos ético-profissionais". A diretoria e o corpo de conselheiros do Cremerj julgaram, no período em questão, os processos éticos que são o objeto da nossa pesquisa²⁶.

²⁵ O Cremesp e o Cremerj possuem aproximadamente 50% de todos os médicos registrados do país.

²⁶ Vale ressaltar que na fase final da nossa pesquisa, no primeiro semestre de 1993, o Conselho encontrava-se em período eleitoral. Para as eleições, que se realizaram em agosto de 1993, concorreram três chapas cujos lemas eram: Ética na Medicina (chapa 1); Causa Médica (chapa 2) e Doutor Dignidade (chapa 3). Na chapa 1 a direção e o corpo de conselheiros do Cremerj candidatava-se a reeleição. O resultado das eleições deu a vitória à chapa 2. (*Boletim da Comissão Eleitoral, Cremerj, 1993*).

CAPITULO 4

OS PROCESSOS ÉTICO-PROFISSIONAIS: A INVESTIGAÇÃO SOBRE O EXERCÍCIO ÉTICO DO MÉDICO

A instauração do processo

Os conselhos de medicina, como vimos, orientam e fiscalizam o exercício ético profissional. No desempenho destas atribuições utilizam-se de dois instrumentos básicos: o Código de Ética Médica e os denominados "processos ético-profissionais". Através do Código discriminam as normas que devem nortear o desempenho ético da medicina, enquanto nos processos éticos exercem seu poder de julgar e aplicar penalidades aos médicos infratores.

A lei 3.268/57, que dispõe sobre os conselhos de medicina, traça as diretrizes para a investigação das infrações éticas. Com sua regulamentação, no decreto nº 44.045 de 1958, os processos ético-profissionais — PEP's — surgem como o procedimento formal que definirá a aplicação das penalidades impostas aos profissionais de medicina. As características e as etapas a serem seguidas neste procedimento foram discriminadas no capítulo III do referido decreto, sob o título Das Penalidades.

Seguindo o modelo de autos judiciais, o processo ético tem suas "peças anexadas por termo, e os despachos, pareceres e decisões exaradas em ordem cronológica e numérica¹". Tratando das

¹ Esta caracterização define o corpo de um processo. Indica que os elementos que o compõem (denúncia, depoimentos, pareceres etc.) devem ser reproduzidos sequencialmente numa lauda e anexados ao corpo do processo em ordem cronológica e numerados.

denúncias e queixas sobre infrações éticas apresentadas ao Conselho Regional de Medicina², esses processos podem ser instaurados de duas formas. Na primeira, sob a denominação de *ex-officio*, quando por deliberação do conselho, ao tomar conhecimento de fatos que tenham características de infração ética. É o caso, por exemplo, das denúncias de jornais ou dos próprios conselheiros. Na outra forma, a instauração é feita pelo presidente do conselho, com base nas denúncias e queixas de terceiros, quando devidamente assinadas e documentadas. Nos dois casos, a abertura do processo compete unicamente ao conselho em que o médico estava inscrito quando da ocorrência do fato punível.

A alteração e/ou revisão dos procedimentos que caracterizam os PEP's, tal como ocorre com os códigos de ética, é uma atribuição do Conselho Federal de Medicina. Em 1969, através da Resolução 413, o CFM estabeleceu o Código de Processo Ético-Profissional. Nele foram estipulados os procedimentos e prazos para cada etapa do processo bem como as normas para a sessão de julgamento. Além disso, ficou estabelecido que o processo disciplinar prescreve em cinco anos da data em que poderia ser instaurado.

O Conselho Federal de Medicina fez uma nova revisão do Código em 1984: a resolução 1.160/84 passou a utilizar uma nova nomenclatura — Código de Processo Disciplinar — diferenciando, a partir de então, duas espécies de processos disciplinares: ético-profissional (PEP) e por erro de ofício. Enquanto o primeiro refere-se às infringências do Código de Ética Médica, o segundo trata das formas do exercício inadequado da profissão, tais como incapacidades física e/ou moral, ignorância e desonestidade do médico. Nestes casos, a instauração do processo só se fará por queixa ou denúncia, devendo constar, como elementos de prova, laudos ou atestados médicos que configurem a ocorrência de erro³. Em relação aos PEP's, as alterações previstas neste Código foram mínimas, como por exemplo, o aumento no prazo de entrega dos relatórios (de dez para trinta dias). A resolução 1.160/84, que orienta atualmente a confecção dos processos, manteve o mesmo perfil dos PEP's tal como proposto no seu surgimento.

² O Conselho Federal de Medicina, como instância superior, julga os recursos referentes aos processos que tramitaram nos conselhos regionais, além de decidir sobre os casos omissos.

³ A resolução 1.160/84 criou portanto uma outra espécie de processo disciplinar, além do PEP. Os processos por erro de ofício referem-se a doenças consideradas incapacitantes ao exercício profissional. Estes processos não vão ser, no entanto, objeto da nossa investigação.

A caracterização do processo ético no seu aspecto formal (abertura, etapas etc.) identifica a arena onde uma dada concepção de conduta ética — explicitada no Código de Ética Médica — será alvo de discussão. Como vimos sumariamente, os diferentes códigos de ética refletiram projetos e grupos de interesses profissionais distintos e particulares a cada período da história da profissão. Da mesma forma, os PEP's se inserem em determinados contextos históricos e sofrem suas influências.

Ao longo dos anos, os conselhos de medicina exerceram essa função fiscalizadora do exercício profissional de forma diferenciada. No Rio de Janeiro, o Conselho inicialmente funcionou apenas como órgão normativo e consultivo para as dúvidas atitudinais e éticas da categoria. Priorizava as medidas de caráter preventivo como por exemplo, a divulgação do Código de Ética para a categoria, buscando assim fugir à fiscalização policial e ao predomínio da ação punitiva. (Péres, op.cit.). Nesta época, a fiscalização voltava-se basicamente para os registros de diplomas e para o exercício ilegal da medicina.

Até os anos 70, este foi o perfil de atuação do Conselho no estado do Rio de Janeiro. A literatura sobre o período é praticamente omissa no que se refere aos casos de punições aos médicos quando no exercício da profissão⁴. Somente na segunda metade da década de 1970 encontramos os primeiros casos de penalizações: por prática de aborto e utilização de medicamentos experimentais⁵.

Na década de 1980, os PEP's passam a ocupar um lugar de destaque na rotina do Cremerj. Até então, poucas denúncias foram registradas no Conselho⁶. No final dos anos 70 e início dos 80, os temas das denúncias versavam sobre exercício ilegal da medicina, aborto e experiências com drogas. O número de tais denúncias, no entanto, não foi expressivo no sentido de informar sobre as reais condições do desempenho ético profissional no estado. Com o incremento das denúncias, verificado nos anos 80, o Cremerj criou uma nova estrutura organizacional para este fim.

Embora os PEP's possuam regras gerais de funcionamento, cada conselho pode estabelecer sua própria rotina. No Cremerj, toda denúncia recebida é protocolada e encaminhada para a Comissão

⁴ O Cremerj não possui dados referentes a períodos anteriores a 1978. Os dados apresentados sobre esta época resultaram de documentos esparsos bem como de relatos de antigos conselheiros, recolhidos em 1992, quando da realização da pesquisa.

⁵ Informações obtidas através do relato do Dr. Antonio Albuquerque, conselheiro do Cremerj, em 1993.

⁶ Não nos foi possível precisar números deste período tendo em vista a ausência de registro. As informações, como já mencionamos, foram obtidas através de relatos de antigos conselheiros, em 1992/1993.

Disciplinadora dos Processos Ético-Profissionais — Codipep⁷. Esta Comissão, numa primeira triagem, analisa aspectos formais necessários ao acolhimento da denúncia, ou seja: tratar-se de médico inscrito no conselho e referir-se a ato praticado no exercício profissional. Cumpridas estas exigências, as denúncias prosseguem com a abertura de sindicância configurando o processo preliminar — PP. Aquelas que não cumprem com estas exigências podem ser arquivadas ou encaminhadas para outras comissões do próprio conselho ou ainda para órgãos externos.

Os processos preliminares representam a primeira etapa de investigação sobre a denúncia. Inicialmente, tinham como função verificar se, de fato, havia indícios de infração ética. Atualmente, no Rio de Janeiro, o rigor com que tais processos são instruídos transformou-os numa prévia do PEP propriamente dito. Trata-se de uma sindicância onde um conselheiro, indicado para exercer a função de sindicante, recolhe os dados necessários para opinar sobre a pertinência ou não da abertura do processo ético. No seu relatório deve constar ainda o artigo do Código no qual a denúncia se enquadraria.

Concluída esta etapa, os PP's são encaminhados para apreciação dos conselheiros. No Rio de Janeiro, considerando o número de conselheiros existentes (quarenta) e procurando dar uma maior agilidade ao andamento dos processos, o Conselho criou duas câmaras. Cada câmara é constituída por vinte conselheiros que analisam os PP's e deliberam sobre o seu desdobramento. A denominada Sessão da Câmara tem a função, portanto, de decidir sobre a constituição do processo ético. Vale ressaltar que a instauração do processo se dá apenas quando a decisão da Câmara atinge unanimidade, caso contrário indica-se o arquivamento ou o retorno à sindicância para maiores esclarecimentos.

Instaurado o processo ético, seu desenvolvimento segue o mesmo percurso dos processos judiciais. Neste momento, o presidente do Conselho indica os conselheiros para a Comissão de Instrução — formada por um presidente, secretário e vogal. Cabe ao presidente da Comissão a responsabilidade pela instrução do PEP. No decorrer do processo é facultado ao denunciante e ao(s) denunciado(s) o direito de se fazer representar por advogados. O(s) médico(s) intimado(s) tem o prazo de trinta dias para oferecer sua defesa. Decorrido este período e o denunciado não comparecendo, iniciam-se os procedimentos inerentes a um julgamento à revelia. Cabe ao presidente do Conselho designar um

⁷ No Rio de Janeiro, a Codipep está sob a responsabilidade do primeiro secretário do Conselho.

defensor para o revel, concedendo mais trinta dias para apresentação da defesa⁸. Para a instrução do processo são colhidos novos depoimentos do denunciante, denunciado(s), das testemunhas arroladas, apresentação de provas etc. Com o processo devidamente instruído, cabe às partes apresentarem em cinco dias suas alegações finais.

Na etapa seguinte, preparatória para a sessão de julgamento, a Codipep designa um relator e um revisor para, após análise do processo, emitirem um relatório acompanhado de voto. Durante a sessão de julgamento, cabe ao relator expor na plenária um resumo do PEP juntamente com seu parecer. Ao mesmo tempo, o revisor apresentará o seu, concordando ou não com o do relator. Ambos os pareceres só serão conhecidos na sessão plenária do julgamento.

Nesta sessão há um ritual a ser cumprido. As partes, que são convidadas a comparecer, podem sustentar oralmente suas teses por dez minutos. Contando com a presença da diretoria e do corpo de conselheiros, com um quórum mínimo de onze conselheiros, é aberta a sessão com a leitura dos relatórios sobre o processo em questão. Primeiramente é apresentado o relatório da Comissão de Instrução, passando à leitura do relatório do relator e finalmente o do revisor. Esclarecidas as dúvidas dos conselheiros e discutido o processo, é dada a palavra às partes para réplica (cinco minutos). Logo após, inicia-se a votação com o pronunciamento do relator e do revisor. Ao indicar seu voto, o relator considera o denunciado inocente ou culpado, apontando neste caso a pena a ser aplicada. Com o voto do revisor passa-se aos conselheiros e por último, à diretoria. Para a homologação da sentença é necessária a anuência da maioria simples.

Ressaltamos que todo este processo ritualístico, à semelhança de um processo judicial comum, é feito e composto por médicos. Estranhos à corporação apenas o denunciante (nos casos de denunciante não-médicos) e os advogados das partes.

No decorrer da sessão de julgamento há a possibilidade de se pedir diligência ou vistas do processo. O primeiro procedimento significa que o relator e o revisor, durante a relatoria, consideraram o PEP insuficientemente instruído, prejudicando a votação. Se esta opinião contar com a anuência da

⁸ O papel de defensor é desempenhado por um advogado. No julgamento à revelia os encargos com este profissional são uma responsabilidade do Conselho.

maioria, suspende-se o julgamento com o retorno do processo à Comissão de Instrução para novas diligências. No segundo caso, algum conselheiro, não se sentindo apto para a votação, solicita o processo para análise. Em ambas as situações o julgamento é suspenso até que sejam cumpridas as exigências solicitadas.

Cientes da sentença, as partes podem recorrer ao Conselho Federal de Medicina, no prazo de trinta dias, seja qual for o veredito. Nos processos onde foi caracterizada a infração e aplicou-se a pena máxima — cassação do exercício profissional —, o recurso ao CFM é automático.

De acordo com o Código de Ética Médica, são cinco as penalidades passíveis de serem impostas aos médicos:

Letra A: advertência confidencial, em aviso reservado

Letra B: censura confidencial, em aviso reservado

Letra C: censura pública, em publicação oficial

Letra D: suspensão do exercício profissional até trinta dias

Letra E: cassação do exercício profissional.

Os processos ético-profissionais de 1988 a 1992: um panorama geral

Segundo dados colhidos no Cremerj, no período de 1988 a 1992 foram registradas na Codipep um total de 1.722 denúncias, como pode ser visto na tabela 1. Destas, 256 transformaram-se em processos ético-profissionais, dos quais 91 já foram julgados envolvendo 154 médicos. Estes elementos, as denúncias, os processos julgados e os médicos envolvidos constituem os temas que passaremos a analisar.

TABELA 1

Tabela demonstrativa do total geral das denúncias e seus desdobramentos em processos instaurados e julgados, com o número de médicos envolvidos, pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro por ano no período de 1988 a 1992.

ANOS	DENÚNCIAS	PEP. INSTAURADOS	PEP. JULGADOS ²	MÉDICOS ENVOLVIDOS ⁴
1988	267	50	35	67
1989	245	63	32	46
1990	258	51	17	30
1991	428	67	7	11
1992 ¹	524	25	0 ³	0
TOTAL	1722	256	91	154

Fonte: Cremerj, 1993

¹ Dados coletados até novembro de 1992.

² Nos PEP's julgados estão incluídos aqueles que tiveram suas sessões de julgamento até março de 1993.

³ As denúncias que deram entrada no ano de 1992 não tinham, até o momento da pesquisa, constituído processos julgados.

⁴ Cada PEP pode indicar mais um médico.

As denúncias

De acordo com os dados de tabela 1, podemos verificar o aumento expressivo de denúncias que ocorre no final do período em questão. Em 1988 foram registradas 267 denúncias passando para 428 denúncias em 1991 e 524 em 1992. Este aumento é bastante significativo, considerando que praticamente dobrou o número de denúncias apresentadas ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Vale ressaltar que a partir da tabela 1, vamos trabalhar com dados amostrais das denúncias, conforme esclarecemos na Introdução deste trabalho. Os números apresentados e analisados por nós são, portanto, representativos do universo pesquisado.

Inicialmente, procurando identificar quem são os autores de tais denúncias, elegemos quatro categorias aglutinadoras: leigos, *ex-officio*, instituição e médicos.⁹ Verificamos que as denúncias foram feitas por leigos em mais de 50% dos casos, o que equivale a 201 do total de 386 denúncias. Durante o período observado, foram os leigos que apresentaram o maior volume de denúncias. Através da análise dos registros, notamos que algumas destas denúncias foram formuladas primeiramente a outros órgãos (delegacia de polícia, secretaria de Saúde etc.) que, por sua vez, encaminharam o denunciante ao Conselho.¹⁰ Nos anos de 1990, 1991 e 1992 a categoria *ex-officio* (jornais, conselheiros etc.) aparece com os maiores volumes de denúncias em relação aos anos anteriores. Os médicos, por sua vez, são responsáveis por 24% das denúncias apresentadas no ano de 1988, reduzem este volume ao longo do período mas voltam a subir em 1992 atingindo 21,4% do total de denúncias. Por outro lado, as instituições que mantêm uma presença marcante em todo os anos mostram variações de 26,6% em 1988, 36,4% em 1989 até sua menor taxa em 1992 com 9,4%.

⁹ Ver no Anexo 1 a nomenclatura das categorias por tipo de denunciante.

¹⁰ Este dado não constava do registro de denúncias do Cremerj, como uma informação a ser discriminada no cadastro. Poderia ou não ser apontada, dependendo da interpretação daqueles responsáveis pelo preenchimento do registro.

Este perfil de denúncias registradas no Cremerj a partir de 1988 até 1992 aponta para algumas questões. O número de denúncias, verificado especialmente no ano de 1991 em diante, é praticamente o dobro como já mencionamos. A crise do setor saúde já não era uma novidade neste período. Certos fatores, no entanto, devem ter contribuído para este panorama. O ano de 1990 marca o início do governo Collor e a gestão do ministro da Saúde — Dr. Alcenir Guerra. O estilo de gerenciamento frente do Ministério supôs, inicialmente, a utilização maciça da mídia como veículo de denúncias sobre o setor. As visitas surpresa aos hospitais cariocas expunham a triste e vergonhosa realidade mas, por outro lado, ressaltavam de forma marcante a figura dos médicos, suas omissões, faltas e impropriedades prática médica. A caça aos faltosos, aos "marajás" e ao próprio funcionário público passou a ser uma característica do período. Ao mesmo tempo, o Cremerj, utilizando-se também da mídia impôs uma vigilância sobre as entidades contratadas. Com tais estratégias, divulgava-se a precariedade da rede de serviços tanto pública quanto privada. Além disso, é interessante notar que no ano de 1991 criou-se o órgão de defesa do consumidor, a Defensoria Pública, com grande aceitação por parte da população. Com ele o Estado oficializava assim um espaço de reivindicação, baseado na noção de direitos da sociedade, de cidadania.

Esses fatores parecem ter tido influência também sobre o tipo de denunciante. A mídia, de fato, ocupou um papel importante, especialmente no ano de 1990, com um percentual de 21% (*ex-officio*) do total de denúncias apresentadas ao Conselho. A população (categoria leigo) tem formulado suas denúncias ocupando durante todo o período analisado a liderança, ou seja, mais de 50% do total. Estas denúncias possuem características diversas. Não se restringem apenas a casos graves (óbito, lesões etc.) mas relatam situações como desrespeito, descaso, atentado ao pudor, discussões etc. Aliam portanto, aspectos de qualificações técnicas e de condutas eminentemente éticas.

O desconhecimento das funções do Conselho por parte da população, que no primeiro momento nos parecia elemento que dificultasse o seu acesso a este órgão, foi minimizado pelo esclarecimento de outras entidades. Secretarias de Saúde ou seus departamentos, delegacias de polícia e as instituições jurídicas em diversos momentos funcionaram como mediadores na relação Conselho-

população ao encaminharem, acertadamente, os queixosos. Ao mesmo tempo, estes órgãos aparecem em outras situações como os próprios autores das denúncias.

As instituições, como já mencionamos, ocupam um lugar de destaque em relação ao volume total de denúncias apresentadas — 21%. As entidades que não pertencem ao setor saúde (delegacias, OAB, sindicatos etc.) foram, em grande parte, as responsáveis pela alta concentração nos primeiros anos do período (26,6% em 1988 e 36,4% em 1989). Estas, ao se verem envolvidas com médicos, seja qual fosse o tema, solicitavam pronunciamento do Conselho. Em contrapartida, as instituições de saúde também formulam suas denúncias. São, basicamente, as instituições com função de controle de saúde pública, como Departamento de Dados Vitais, Departamento de Higiene e Vigilância Sanitária e as Unidades de Saúde como hospitais e postos. Enquanto as primeiras aparecem com uma maior frequência nos últimos anos, demonstrando uma preocupação dos órgãos de controle sobre os dados de óbito, licenças médicas, perícia etc., as demais mantêm uma certa constância ao longo do período, e tratam, quase sempre, das relações com médicos empregados, suas ausências, erros e desrespeito as normas das unidades.

Quanto as denúncias formuladas por médicos, um fato nos pareceu importante: médico denuncia médico. No início do período tais denúncias abordavam, principalmente, questões relativas ao mercado de trabalho, como por exemplo, as relações com as empresas de medicina de grupo (honorários, prazos de pagamentos etc.) e a concorrência médica pela propaganda desmensurada. Este perfil no entanto alterou-se ligeiramente em 1992, atingindo o percentual de 21,4% das denúncias. Analisando os registros, observamos que os relatos descrevem problemas de relacionamento médico-médico, inclusive com casos de agressões físicas. Falam ainda sobre situações de perseguição chefe-subordinado, discussões públicas, agressões verbais, explicitando os conflitos existentes atualmente no relacionamento entre pares. As bases de cooperação e união, que marcaram a história da categoria médica, mostram assim sua expressão contemporânea.

Como vimos, cada grupamento de denunciante formula diferentes tipos de denúncias. As instituições, por exemplo, são aquelas que mais apresentam denúncias voltadas, primordialmente, para

as questões de irregularidades. As fraudes, os atestados falsos, a ausência nos plantões são temas também mencionados por estes denunciante.

Fazendo uma análise geral podemos observar na tabela 3 e no gráfico 1, a seguir, uma concentração em determinados tipos de denúncias (ocorrências). Verificamos no gráfico uma brutal concentração nas denúncias que envolvem imperícia/negligência/imprudência (código 13), seguidas dos casos de óbito (código 7) e falta ou omissão de socorro (código 8), entre outros¹¹.

De modo geral, as queixas sobre imperícia, negligência e/ou imprudência (código 13) que caracterizam o erro médico são as de maior volume em todos os anos do período pesquisado. Referem-se principalmente a procedimentos médicos que resultaram em óbitos, amputação de órgãos, lesões e falhas cirúrgicas onde objetos são esquecidos no paciente.¹²

¹¹ Veja no Anexo 1 a nomenclatura dos tipos de denúncias.

¹² Para maiores detalhes ver Anexo 1 com quadro por ano de todos os tipos de denúncias e denunciante.

TABELA 2

**Distribuição das denúncias por tipos de denunciante, apresentadas
ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
por ano do período de 1988 a 1992.**

ANOS	TIPOS DE DENUNCIANTES									
	LEIGO		EX-OFFICIO		INSTITUIÇÃO		MÉDICO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1988	28	46,7	2	3,3	16	26,7	14	23,3	60	100,0
1989	23	41,8	7	12,7	20	36,4	5	9,1	55	100,0
1990	22	37,9	12	20,7	15	25,9	9	15,5	58	100,0
1991	57	59,4	11	11,4	19	19,8	9	9,4	96	100,0
1992	71	60,7	10	8,5	11	9,4	25	21,4	117	100,0
TOTAL	201	52,1	42	10,9	81	21,0	62	16,0	386	100,0

Fonte: Cremerj, 1992

TABELA 3

Denúncias médicas segundo tipo de ocorrências formuladas ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro por ano do período de 1988 a 1992

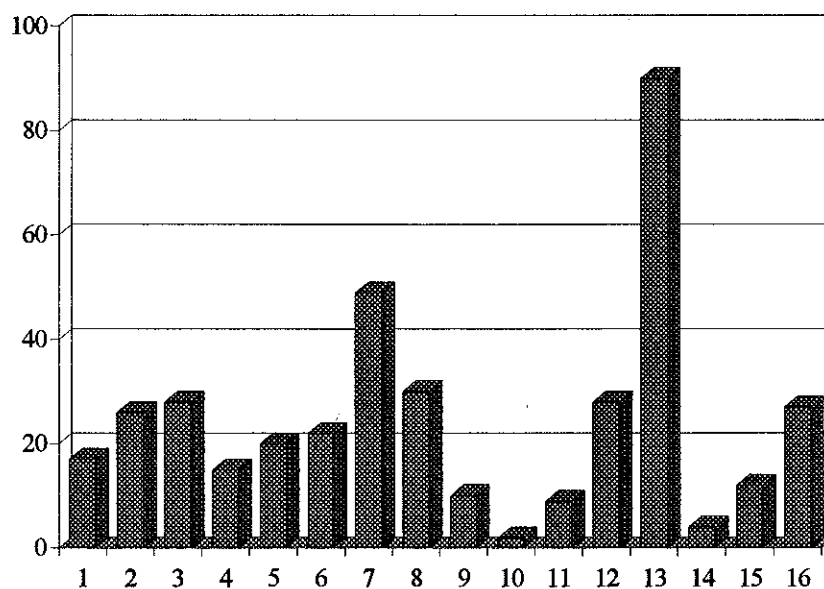
TIPOS DE OCORRÊNCIAS	ANOS					
	1988	1989	1990	1991	1992	TOTAL
01	2	2	3	6	3	16
02	7	3	5	4	8	27
03	4	4	5	4	12	29
04	9	2	1	1	2	15
05	1	2	4	8	5	20
06	4	4	4	6	4	22
07	4	4	5	19	16	48
08	6	2	6	6	10	30
09	0	2	2	5	0	9
10	1	1	0	0	0	2
11	0	2	0	1	5	8
12	2	3	4	7	12	28
13	10	20	11	28	23	92
14	1	0	0	1	3	4
15	3	1	1	1	5	11
16	7	3	6	4	7	27
TOTAL	61 ¹	55 ²	57 ³	100 ⁴	115 ⁵	388

Fonte: Cremerj, 1993

- ¹ 1988 Duas denúncias envolviam mais de uma ocorrência.
Uma denúncia não foi discriminada no registro.
- ² 1989 Três denúncias envolviam mais de uma ocorrência.
Três denúncias não foram discriminadas no registro.
- ³ 1990 Uma denúncia envolvia mais de uma ocorrência.
Duas denúncias não foram discriminadas no registro.
- ⁴ 1991 Seis denúncias envolviam mais de uma ocorrência.
Duas denúncias não foram discriminadas no registro.
- ⁵ 1992 Quatro denúncias envolviam mais de uma ocorrência.
Cinco denúncias não foram discriminadas no registro.

GRÁFICO 1

**Denúncias médicas segundo tipos de ocorrência
no período de 1988 a 1992**



Tipos de ocorrências

Fonte: Cremerj, 1992

A concentração das denúncias sobre determinados assuntos altera-se ano a ano. Em 1988, a medicina de grupo (código 4) ocupou um lugar de destaque enfocando sua relação com a clientela (cobertura de tratamentos, exames, carências etc.), ou sua relação com os próprios médicos (pagamentos, honorários, prazos, credenciamentos, quebra de sigilo etc.) atingindo 15% das denúncias apresentadas, ou seja, das 61 denúncias, nove pertenciam ao código 4. Vale registrar que neste ano o Código de Ética Médica determinou a subordinação de tais empresas às suas normas. Afirmou-se assim, a competência do Conselho para acolher tais denúncias e intervir nessas situações. Além disso, o agravamento da situação da AIDS no país já vinha colocando uma série de impasses na relação segurados-seguradoras. As negativas de cobertura para doenças deste tipo (infecto-contagiosas) geraram uma ação do Cremerj no sentido de normatizar esta relação. Através da resolução nº 19/87 o Conselho determinou que as empresas de medicina de grupo eram obrigadas a dar cobertura a todas as doenças contidas no Código Internacional de Doenças. Embora ainda hoje permaneçam os impasses, essas medidas (o Código e a resolução) podem ter contribuído para o volume das denúncias sobre o assunto, levando a crer que, em breve, situações desta natureza possam ser superadas e/ou controladas pelos órgãos competentes.

Já no ano de 1990 ocorre uma mudança considerável no perfil das denúncias que são encaminhadas ao Conselho. Temas como cobrança abusiva (código 5), falta ou omissão de socorro (código 8) começam a aparecer com maior frequência, o mesmo ocorrendo com aquelas que envolvem o próprio diagnóstico e tratamento médico (código 12). Tanto em 1990 como em 1991, a ênfase das denúncias recai sobre elementos que até então eram inquestionáveis para a corporação e de estrita competência médica: honorários, tratamento/diagnóstico, remoção de pacientes etc. O questionamento destes elementos ocorre simultaneamente à formação de uma 'imagem do médico' que passa a ser veiculada na mídia. Estamos nos referindo, portanto, ao que denominamos de abalo do *status* social do médico. Neste momento, sua figura perde algo da nobreza e prestígio social até então inabalados. Sua autoridade cultural parece ruir. Surgem inclusive queixas sobre agressões físicas praticadas por médicos e formuladas tanto por pacientes como por colegas da profissão.

O aumento geral das denúncias em todos os itens é uma característica do ano de 1992. Além disso tornam-se mais explícitas as denúncias sobre mercantilização da medicina envolvendo venda de atestados, de medicamentos, lesão ao INSS e outros. Os médicos por sua vez passam a denunciar, mais do que nos anos anteriores, as condições de trabalho (código 15) a que estão expostos.

Os processos julgados e os médicos envolvidos

Feitas as denúncias inicia-se, no Cremerj, uma nova etapa. Como processos preliminares, iniciam-se as sindicâncias que determinarão o destino de cada uma dessas denúncias: abertura de PEP's ou arquivamento. Aproximadamente, 30% (526) deste universo de 1.722 denúncias apresentadas no período já foram arquivadas por falta de indícios de infrações éticas, ou por falecimento do denunciado ou mesmo por prescrição.¹³ Das 1.722 denúncias foram instaurados 256 PEP's, representando 14,8% do total. As demais ainda encontram-se como processos preliminares, cuja sindicância envolve um longo período de tempo para ser efetuada. Até março de 1993, 91 PEP's (5,3%) tinham sido julgados.¹⁴

Nas tabelas 4 e 5 podemos observar os dados referentes aos tipos de denunciante e de denúncias destes processos¹⁵. A categoria leigo aparece, mais uma vez, com o maior número de denúncias apresentadas, caracterizando-se como o denunciante de 41 dos 91 PEP's julgados (tabela 4). Os temas denunciados dizem respeito, em primeiro lugar, as questões de imperícia, imprudência ou negligência (código 13), óbito (código 7) e atestados médicos (código 6).

Ao analisar estes 91 processos verificamos que 154 médicos foram citados¹⁶. Desta população, 80% é do sexo masculino e 20% do feminino, com concentração na faixa etária de 31 a 50 anos, representando mais de 65% de ambos os sexos. Como demonstram as tabelas 6 e 7, o perfil destes

¹³ A prescrição indica que foram decorridos cinco anos da data em que poderia ter sido instaurado o processo disciplinar.

¹⁴ Ver Anexo 2.

¹⁵ Ver tabelas 4 e 5 em anexo.

¹⁶ Cada denúncia assim como o processo ético que dela se origina pode indiciar mais de um médico.

médicos julgados pelo Cremerj¹⁷ no período de 1988 a março de 1993, ainda que superficial, aponta para características interessantes.

Os dados referentes à faixa etária dos médicos envolvidos, indicam que o fator idade não se configurou como um elemento definidor ou explicativo do erro médico. Os mais jovens (até trinta anos), a quem portanto está associada a idéia de pouca experiência, representaram um número reduzido; enquanto que os médicos acima dos quarenta anos, no caso dos homens, por exemplo, atingem um percentual de mais de 70% (tabela 6). A pouca idade não implicou necessariamente numa maior exposição ao erro como também não demonstrou uma relação direta com a gravidade do ato. Ou seja, os médicos mais jovens (até quarenta anos) tiveram penas mais baixas com um índice de 51,1% de absolvição e a maior concentração de punições na letra B (28,8%).¹⁸

¹⁷ Para maiores detalhes ver Anexo 3.

¹⁸ Ver tabela 10, Anexo 3, que mostra estes dados.

TABELA 6

**Distribuição dos médicos julgados pelo Conselho Regional de Medicina
do Estado do Rio de Janeiro por sexo e faixa etária
no período de 1988 a 1993***

FAIXA ETÁRIA	SEXO			
	HOMEM		MULHER	
	Nº	%	Nº	%
MENOS DE 30 ANOS	1	0,8	3	9,7
DE 31 A 40 ANOS	30	24,4	14	45,2
DE 41 A 50 ANOS	48	39,0	8	25,8
DE 51 A 65 ANOS	36	29,3	4	12,9
MAIS DE 65 ANOS	8	6,5	2	6,5
TOTAL	123	100,0	31	100,0

Fonte: Cremerj, 1993

* Julgamentos realizados até março de 1993.

TABELA 7

**Distribuição dos médicos julgados pelo Conselho Regional de Medicina
do Estado do Rio de Janeiro por sexo e tempo de formado
no período de 1988 a 1993***

TEMPO DE FORMADO	SEXO			
	HOMEM		MULHER	
	Nº	%	Nº	%
MENOS DE 5 ANOS	1	0,8	3	9,7
DE 6 A 10 ANOS	14	11,5	7	22,6
DE 11 A 15 ANOS	26	21,0	10	32,2
DE 16 A 20 ANOS	31	25,2	6	19,4
DE 21 A 30 ANOS	26	21,0	2	6,4
DE 31 A 40 ANOS	14	11,5	2	6,4
MAIS DE 40 ANOS	11	9,0	1	3,3
TOTAL	123	100,0	31	100,0

Fonte: Cremerj, 1993

* Julgamentos realizados até março de 1993.

A presença masculina é um dado marcante da profissão médica e que se reproduz quando observamos a distribuição por sexo dos médicos julgados: 80% de homens e 20% de mulheres (tabela 6). A predominância masculina, no entanto, só não se confirma na faixa etária de até trinta anos. Neste segmento, as mulheres representam 75%. Além disso, os médicos homens aparecem com um maior percentual no intervalo de 41 a 50 anos (38,2%), enquanto que as mulheres ocupam a faixa de 31 a 40 anos (45,2%). Estes dados nos remetem a certas características e mesmo transformações que vêm ocorrendo no perfil do profissional de medicina.

Segundo Machado (1992) é cada vez maior "a presença das mulheres em segmentos profissionais, até então fundamentalmente masculinos, como é o caso da medicina (...)." Este fenômeno, denominado pela autora de processo de feminização, atinge todas as categorias do setor de saúde e se torna mais evidente a partir da década de 1980. Nesta época verifica-se, entre outras questões, a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho e a expansão dos serviços de saúde. Além disso, a participação feminina na área da medicina, por exemplo, se desenvolve através de certas características que reproduzem as determinações sócio-culturais dos papéis femininos. Neste sentido, e como veremos mais adiante, as escolhas das especialidades médicas acabam voltando-se para atividades com grande apelo feminino como a pediatria e a psiquiatria, entre outras.

O tempo de formado repete a relação que mencionamos anteriormente. Os médicos formados há mais de 15 anos são homens (66,7%) enquanto que mais de 60% das mulheres estão justamente abaixo desta faixa, ou seja, têm menos de 15 anos de formadas (tabela 7).

TABELA 8

**Distribuição dos médicos julgados pelo Conselho Regional de Medicina
do Estado do Rio de Janeiro por sexo e penalidades aplicadas
no período de 1988 a 1993***

PENALIDADES	SEXO			
	HOMEM		MULHER	
	Nº	%	Nº	%
ABSOLVIDOS	37	31,1	19	61,3
ADVERTÊNCIA	9	7,6	2	6,5
CONFIDENCIAL				
CENSURA	25	21,0	6	19,3
CONFIDENCIAL				
CENSURA PÚBLICA	26	21,8	2	6,5
SUSPENSÃO DO	14	11,8	1	3,2
EXERCÍCIO				
CASSAÇÃO DO	8	6,7	1	3,2
EXERCÍCIO				
TOTAL	119 ¹	100	31	100,0

Fonte: Cremerj, 1993

* Julgamentos realizados até março de 1993.

¹ Um médico foi excluído do processo durante a sessão de julgamento. Três médicos não tiveram suas penas homologadas. O processo que os envolve encontra-se em diligência.

Os dados sobre as instituições de ensino suscitaram importantes reflexões sobre o ensino médico (tabela 11). As universidades públicas do estado do Rio de Janeiro formaram 47,4% dos médicos julgados pelo Cremerj. Este número sobe ainda mais se considerarmos as universidades públicas de outros estados. De qualquer forma, sabemos que essas universidades formaram o maior número de médicos existentes no mercado. No entanto, não podemos deixar de reconhecer que o número significativo de médicos envolvidos em julgamentos éticos são oriundos destas instituições, o que nos leva a questionar a qualidade do ensino prestado por elas. No caso das instituições particulares, o percentual apresentado (37,7%) reforça a preocupação já existente de que estas escolas apresentam problemas de deficiência no processo de formação dos médicos. Pode-se dizer que há uma crise geral do ensino brasileiro (baixos salários, corpo docente deficitário, falta de equipamentos, infraestrutura etc.) mas, no caso das escolas ligadas à saúde, esta situação agrava-se pelo fato, entre outros, das consequências imediatas junto à população usuária. Estes profissionais formados vão lidar com a vida e a morte, com a saúde e doença da nossa população.

Quanto às penas aplicadas aos médicos estas apresentaram uma variação quando observamos a categoria sexo. Não só as mulheres foram mais absolvidas (61,3 %), do que os homens (31,1 %) (tabela 8), como também obtiveram penas mais brandas. Duas características do trabalho feminino podem ter contribuído para este perfil. Senão vejamos: as mulheres, além de terem ingressado mais tardiamente na profissão do que os homens, desempenham, de modo geral, funções consideradas de apoio. Nos casos julgados pudemos verificar que, raramente, as mulheres aparecem como o profissional responsável. Além disso, as médicas tendem a optar por certas especialidades como pediatria, que apresentam menor risco do ato médico do que as cirurgias, por exemplo.

TABELA 11

**Distribuição dos médicos julgados pelo Conselho Regional de Medicina
do Estado do Rio de Janeiro por tipo de instituições de ensino
no período de 1988 a 1993***

INSTITUIÇÕES DE ENSINO	SEXO		TOTAL	
	HOMEM	MULHER	Nº	%
PÚBLICAS	61	12	73	47,4
PRIVADAS	44	14	58	37,7
OUTROS ESTADOS	17	5	22	14,3
FAC. ESTRANGEIR- AS	01	-	1	0,6
TOTAL	123	31	164	100,0

Fonte: Cremerj, 1993

* Julgamentos realizados até março de 1993.

Apesar das informações sobre a especialidade dos médicos julgados serem praticamente inexistentes, uma vez que pela legislação competente não é obrigatório o registro da especialidade no conselho, podemos ver que apenas 34 (22,1%) dos 154 médicos possuíam dados sobre especialidade.¹⁹ Destes, 43,7% são ginecologistas/obstetras e 34,3% cirurgiões. São especialidades que lidam com diversos procedimentos de risco e onde o resultado da intervenção pode, mais <facilmente>, evoluir para o óbito. Além disso, o contexto que envolve a área materno-infantil é especialmente preocupante no nosso estado. A situação das maternidades de modo geral e principalmente as da periferia são calamitosas. As ações por vezes clandestinas de controle de natalidade, a falta de higiene das unidades e dos procedimentos e o descaso são elementos que concorrem para o alto índice de denúncias no setor.

Com este panorama, buscamos caracterizar a questão do erro médico tal como é apresentado no Cremerj, através de três elementos: as denúncias, os denunciantes e os médicos julgados. Procuramos com isto conhecer, pioneiramente e, portanto, com inúmeras falhas, alguns elementos constitutivos deste cenário, bem como os atores que estão compondo esta conjuntura no estado do Rio de Janeiro.

Pretendemos, no entanto, avançar um pouco mais. Objetivando uma análise do desenvolvimento e conteúdo dos processos ético-profissionais, optamos por um recorte que viabilizasse a investigação, selecionando uma característica específica.

O nosso interesse volta-se especialmente para os nove médicos condenados com a pena máxima. Percorrendo todas as etapas que constituíram tais processos, procuraremos identificar desde as causas das denúncias até a interpretação do Cremerj sobre a questão. Finalmente, pretendemos conhecer a prática, o ato médico que mereceu a pena mais severa e que rompeu, definitivamente, o compromisso destes médicos com a medicina e a profissão.

¹⁹ Ver Anexo 3.

CAPÍTULO 5

A PENA MÁXIMA: OS PROCESSOS DE CASSAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

A pena máxima: a cassação do exercício profissional

A criação dos conselhos de medicina inaugurou uma nova modalidade de punição aos médicos. Até então a prática médica não possuía um forum específico para o julgamento de seus atos. Desde a Antigüidade, as penalidades passíveis de serem aplicadas à prática da medicina, assim como a outras práticas sociais, eram estabelecidas por legislações penais. Códigos antigos como os Vedas, o Levítico e o Hamurabi já previam sanções para "os médicos que não aplicassem rigorosamente a medicina da época." (Dória, 1974 :254). Num extremo, poderia o médico até ter suas mãos decepadas ou perder a própria vida.

Embora as legislações modernas tratem ainda da responsabilidade médica, cabe unicamente aos conselhos de medicina a aplicação de penas disciplinares ao exercício profissional. Os tipos de penalidades foram estabelecidos pela lei 3.268/57 e estão presentes em todos os códigos de ética médica, inclusive o atual.¹ São elas:

Letra A: advertência confidencial em aviso reservado

Letra B: censura confidencial em aviso reservado

Letra C: censura pública em publicação oficial

Letra D: suspensão do exercício profissional até trinta dias

¹ Para mais críticas ver o atual Código de Ética Médica, Anexo 5.

Letra E: cassação do exercício profissional.

A aplicação destas penas, segundo determinou a referida lei, deve obedecer a esta gradação, "salvo os casos de gravidade manifesta que exijam a aplicação da penalidade mais grave." Ou seja: aos infratores primários caberiam, por exemplo, as penalidades mais brandas (do tipo A ou B) e assim por diante. Neste sentido, a cassação do exercício profissional, pena máxima prevista no Código de Ética Médica, destina-se aos casos de extrema gravidade ou, ainda, a profissionais reincidentes. Além disso, após definida a pena pelo Conselho Regional de Medicina pode-se recorrer ao Conselho Federal, no prazo de trinta dias. Este recurso, solicitado por qualquer uma das partes e automático nos casos de cassação do exercício profissional, tem efeito suspensivo até o pronunciamento do Conselho Federal de Medicina. A execução da sentença só ocorre com o retorno do processo à instância de origem.

No período de 1988 a 1993, nove processos éticos julgados pelo Cremerj resultaram na aplicação da penalidade E — cassação do exercício profissional.² Ressaltamos que estes processos referem-se a denúncias formuladas a partir de 1988 e foram julgados até março de 1993.³

As denúncias originaram-se de diferentes tipos de denunciantes. A categoria *ex-officio* é a responsável pela apresentação de quatro denúncias, através de notícias de jornais que, ao relatarem situações de erro médico, levaram o Cremerj a abrir sindicância sobre o ocorrido. Tal procedimento do Conselho refere-se à competência legal deste órgão para tomar a iniciativa de abertura de processo ético, independentemente da apresentação formal de queixa ou denúncia de terceiros. Ao Conselho cabe a função e o papel de zelar pela ética do trabalho e a ética no trabalho médico.

Os familiares, enquadrados na categoria leigos, formalizaram três denúncias frente ao Conselho. Dois outros processos resultaram da iniciativa de instituições de saúde vinculadas à área de controle de dados, que solicitaram a abertura de sindicâncias. A variedade de denunciantes responsáveis pela instauração dos nove PEP's demonstra que a preocupação com o erro médico atinge, atualmente, diferentes setores da sociedade. Além disso, demonstra também que o Conselho vem obtendo um

² Como todos os processos deste tipo, a homologação da sentença depende ainda do pronunciamento do CFM. São dois momentos distintos: a sentença do Cremerj e a confirmação ou não pelo CFM. Na nossa pesquisa vamos nos ater a este primeiro momento, ao desenvolvimento dos PEP's até o seu julgamento pelo Cremerj.

³ Até o final da pesquisa o CFM tinha se pronunciado a respeito de quatro PEP's, confirmando a sentença do Cremerj em três casos. No outro, indicou uma pena mais branda: letra D.

reconhecimento social, colocando-se como órgão capaz de conduzir adequadamente a investigação sobre a prática médica.

O perfil dos nove condenados

Em relação aos nove profissionais penalizados nestes processos com a cassação do exercício profissional⁴, elaboramos um perfil enfocando dados referentes a sexo, idade, tempo de formado e instituição de ensino⁵. Verificamos que a presença masculina é um fator preponderante nesta configuração que envolve as situações mais graves de erro médico. De acordo com a tabela 12 podemos observar que dos nove médicos condenados oito são homens e apenas um é mulher.

A análise da categoria idade aponta, por sua vez, que os médicos cassados aparecem com maior incidência na faixa etária de 41 a 65 anos. Por outro lado, o fato de ^{das} as idades apresentadas variarem de 32 a 70 anos demonstra que a exposição ao erro é algo que atinge praticamente os médicos de modo geral. Da mesma forma a distribuição por tempo de formado reproduz esta situação.

No entanto, os dados sobre as instituições de ensino apontam, dramaticamente, as universidades públicas como as grandes responsáveis pela formação desses profissionais, representando nada mais nada menos que 89% dos casos. Através destes dados, como vimos no capítulo anterior, questiona-se, mais uma vez, a crença numa melhor qualidade de ensino prestada pelas escolas públicas. Ao mesmo tempo, os dados reforçam uma preocupação, manifestada pelo Cremerj, sobre o ensino da ética médica (Assad, 1993). Atualmente, a subordinação da deontologia à cadeira de medicina legal acaba por limitar uma discussão sobre ética que, na verdade, deveria estar perpassando todo o ensino médico. Estas questões demarcam, a nosso ver, um outro campo de estudo que merece futuras

⁴ Os nove PEP's envolveram 16 profissionais. As sentenças no entanto foram diferenciadas: cinco absolvições, duas suspensões do exercício profissional e nove cassações do exercício profissional.

⁵ Ver Anexo 4.

investigações. Mas há de se questionar: o volume de alunos formados pelas escolas públicas justifica esta alta ocorrência verificada no gráfico 2?

Os nove processos ético-profissionais

A constituição de qualquer processo ético é determinada pela relação entre o conteúdo de uma denúncia e artigos do Código de Ética. Neste sentido, cada processo representa a possibilidade de se traduzir os fatos reais (denúncias) em fatos legais (artigos do Código). Cabe ao conselheiro sindicante, numa primeira etapa do desenvolvimento destes processos, realizar esta tradução que, posteriormente, vai ser respaldada ou não pela Câmara. Finalmente, na sessão de julgamento estabelece-se definitivamente o caráter e os termos desta tradução. Este processo, fundamental para o desenvolvimento dos PEP's, supõe portanto a participação de vários conselheiros.

Em relação aos nove acusados e condenados, seus atos foram classificados, basicamente, em três artigos do Código de Ética Médica⁶, como veremos a seguir:

A imperícia, imprudência ou negligência

A previsão de vedação a qualquer prática médica que cause dano à saúde ou à vida do paciente está assim descrita no Código de Ética Médica, que em seu artigo 29 veda ao médico:

Art. 29 — Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Em três dos referidos processos esta disposição do Código foi frequentemente invocada e citada, tendo em vista que as denúncias formuladas traduziam a situação prevista no conteúdo desta norma, a saber:

⁶ Os PEP's foram agrupados por temas de infrações e numerados de 1 a 9. Criamos esta numeração não só por uma questão didática como também para resguardar a identificação dos referidos processos.

PEP 1 :

- Dano: óbito de gêmeos recém-nascidos

Prática vedada: falta de atendimento e acompanhamento médico adequado (negligência)

PEP 2 :

- Dano: óbito de mulher (65 anos).

Prática vedada: lesão cirúrgica da via biliar com ligadura do canal hepático (imperícia)

PEP 3 :

- Dano: óbito de mulher

Prática vedada: septicemia causada por compressa cirúrgica esquecida na cavidade abdominal da paciente após cirurgia de laqueadura (imperícia).

Partindo-se de tais denúncias, claramente formuladas no sentido de possibilitarem o enquadramento no artigo 29 do Código de Ética, o que se observa nestes processos é que a maior dificuldade de se alcançar a efetiva punição dos responsáveis está no estabelecimento de uma relação de causa e efeito. Em outros termos, é extremamente difícil, quando não impossível, provar que determinado ato médico causou determinado dano à saúde ou à vida do paciente. Esta comprovação demanda inclusive análises mais minuciosas, fazendo com que este tipo de processo gaste um tempo maior até o seu desfecho.

Nos três processos examinados que resultaram em condenação com cassação do exercício profissional, verificamos que tal decisão e aplicação da pena máxima foram viabilizados pela objetividade com que caracterizou-se o erro médico como causa do resultado óbito. Em dois deles (PEP's 2 e 3) a ação danosa foi comprovada pela autópsia que afirmava a existência de quadro clínico resultante de complicações cirúrgicas. Retirava-se assim qualquer dúvida quanto à relação de causa e efeito descrita na denúncia, ao mesmo tempo que permitiu uma maior agilidade no desenvolvimento dos processos.

Outro aspecto processual relevante pode ser detectado através dos relatórios dos conselheiros, exarados nos autos destes PEP's instaurados com base no artigo 29. Na leitura de tais pareceres

pudemos observar que certos elementos foram colocados como agravantes e fundamentaram a aplicação da pena máxima: a reincidência por parte do médico e a morte como resultado final.

A despeito do contrato de prestação de serviços médicos ter por objeto, essencialmente, uma obrigação de meios e não de fim, o Cremerj posiciona-se no sentido de verificar a intensidade do dano causado ao paciente e considera o óbito como fator agravante. Da mesma forma, a informação sobre a existência ou não de infração anterior cometida pelo médico acusado consta da formação e instrução do processo e, uma vez confirmada a reincidência, esta é também apontada como fator agravante.

Esta posição do Conselho nos remete a um dos aspectos apontado na sociologia das profissões como decisivo para a implantação da medicina como uma profissão de consulta. Como aponta Marinho (1986), para estas profissões, fatores como o consenso social, a operacionalidade e praticidade, por vezes, são mais importantes que o caráter científico, já que lidam com uma clientela que não dispõe de critérios técnicos de julgamento. Neste sentido, os bons resultados obtidos pela prática médica funcionaram como uma importante fonte de atração de clientela. O reconhecimento social baseou-se portanto nesses resultados e possibilitou à categoria médica um *status* profissional. Neste sentido, quando o Cremerj pune os resultados contrários aos esperados ou devidos está ao mesmo tempo lutando por este elemento que deu profissão médica o prestígio que ela usufrui perante a sociedade.

Além desses aspectos processuais, os casos julgados com base no artigo 29 (imperícia, imprudência ou negligência), nos permitiu verificar a existência de um contexto de origem com características muito semelhantes e significativas. Os atendimentos médicos desenvolveram-se em clínicas particulares do subúrbio do estado (Pavuna, Senador Camará e Zona Oeste). No caso 1 por exemplo, a clínica foi inclusive interditada pela fiscalização sanitária por falta de condições de funcionamento. Além disso, tanto no primeiro como no terceiro caso os médicos responsáveis ocupavam a direção das referidas clínicas. É interessante notar que, quando do agravamento dos quadros clínicos nos casos 2 e 3, ambos recorreram a hospitais da rede pública; os pacientes foram prontamente atendidos sofrendo algum tipo de intervenção cirúrgica sem, no entanto, terem sido solucionados os problemas.

Este panorama reproduz certos elementos constitutivos da atual situação dos serviços de saúde do estado do Rio de Janeiro. A proliferação das clínicas particulares sem condições mínimas de funcionamento — quer no nível de recursos humanos, materiais, quer no de higiene — ocorre prioritariamente no interior do estado. Voltam-se, portanto, para as camadas mais pobres da população e de menor poder de reivindicação. Os tipos de atendimentos, por sua vez, referem-se, nos casos 1 e 3, às áreas de especialidades médicas que apresentam um maior número de denúncias frente ao Conselho: a obstetrícia e ginecologia. Segundo tais denúncias, os atendimentos na área materno-infantil remetem cada vez mais a situações de óbitos. Fatores como o atendimento de massa, a pobreza da população assistida e o pagamento diferenciado por procedimento médico passam a se constituir como elementos que informam sobre a lucratividade do setor, mais do que sobre as suas carências.

Assim, o exame dos três processos enquadrados pelo Cremerj no artigo 29 nos permitiu observar que: (1) a possibilidade de estabelecer a relação causa e efeito constitui-se na maior dificuldade destes casos; (2) a existência de um laudo conclusivo sobre esta relação permite a punição e celeridade do processo; (3) para o Cremerj, o resultado morte e a reincidência do médico constituem fatores agravantes na aplicação de penalidades; (4) as condições do mercado de trabalho médico informam sobre as infrações éticas do profissional de medicina.

A convivência com a prática de tortura

A questão dos direitos humanos surgiu para a categoria médica desde a Segunda Guerra Mundial. As situações de guerra e a participação dos médicos em alguns episódios geraram, através do denominado Tratado de Helsinger, o primeiro posicionamento da categoria a respeito das práticas de tortura. Tais experiências de guerra demonstraram de forma inequívoca que os conhecimentos médicos poderiam ser utilizados como instrumentos de sofisticação dos meios de tortura. Com este posicionamento, a categoria busca impedir esse lamentável desvirtuamento do conhecimento e da prática médica.

Da mesma forma, o Código de Ética Médica posiciona-se clara e taxativamente no sentido de repudiar tais práticas, explicitando no seu artigo 49 ser vedado ao médico:

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

No processo 4 encontramos exemplificado e explicitado o entendimento do Cremerj com relação às práticas de tortura por integrantes da categoria médica. Resultante do desdobramento de um outro processo largamente divulgado pelos meios de comunicação, refere-se à participação de dois médicos nos fatos que levaram à cassação do registro profissional do terceiro. Segundo dados do Conselho, este último foi condenado pela participação em práticas de tortura a presos políticos.

Este processo, que teve início também por uma denúncia pública, ultrapassou os muros do Cremerj e, através dos jornais, diferentes profissionais de medicina participavam da questão. A grande polêmica dizia respeito à prática psicanalítica. Por serem médicos psicanalistas⁷, as características desta prática e sua relação com a medicina foram temas de profundas discussões. Questionavam-se quais os princípios éticos que deveriam orientar tal prática e se, de fato, estaria a mesma subordinada às normas éticas da medicina, visto ser uma atividade desenvolvida também por outros profissionais como psicólogos, sociólogos etc. As éticas diferenciadas, o sigilo profissional, a competência do Cremerj para julgar uma prática que não é, unicamente, uma especialidade médica foram, portanto, algumas dessas questões. Além dos aspectos legais e práticos, tratava-se de uma discussão onde o viés ideológico estava presente.

Na análise dos dados verificou-se que, no desenvolvimento do processo, procurava-se precisar se o acusado tinha conhecimento sobre a participação do terceiro nas práticas de tortura. Este conhecimento associado à não formulação da denúncia a respeito do caso possibilitavam o enquadramento do referido médico no artigo 49. As alegações da defesa, em alguns momentos, negavam esta acusação mas priorizavam o argumento da falta de competência do Cremerj para julgar psicanalistas e ainda solicitavam a prescrição do PEP por tratar de fato ocorrido há mais de cinco anos.

⁷ Um dos médicos foi penalizado com a letra D.

Certos elementos como o registro profissional do referido médico, o reconhecimento da psicanálise como uma das atividades médicas e o entendimento de que, por força do regime militar, este tipo de denúncia só poderia ocorrer numa democracia, funcionaram, segundo o Cremerj, como legitimadores deste processo. Mas, a opção pelo colhimento da denúncia e abertura do PEP demonstrou um posicionamento ideológico do Conselho. A dimensão política da prática médica, explicitada no Código de Ética Médica de 1988, foi assumida neste caso. Neste sentido, o tema dos direitos humanos une todos, médicos ou não, na luta pelo respeito ao ser humano. Não se trata, como não se tratava no processo, de um assunto exclusivamente médico, embora lhe diga respeito diretamente. O que estava sendo julgado era a posição de um médico frente ao seu conhecimento sobre atos que atentavam contra a vida humana. A medicina, mais do que qualquer outra profissão, tem entre seus princípios fundamentais o respeito pela vida e uma ação sempre voltada para o seu benefício.

Os atestados médicos

A violação da credibilidade e veracidade dos atestados, antes de ser tratada como uma infração ética, já era caracterizada como crime de falsidade ideológica pelo Código Penal Brasileiro. Isto traduzia-se numa preocupação com os prejuízos que o fornecimento indevido de atestados poderia acarretar à sociedade.

No que diz respeito especificamente aos atestados médicos, esses prejuízos podem ser claramente exemplificados nas ações resultantes das seguintes situações:

- A: atestado de óbito sem defunto, uma prática descoberta pelas companhias de seguros;
- B: fornecimento de dados falsos sobre a causa-morte, interferindo nas estatísticas de saúde e na sua credibilidade;
- C: indicação de quadros clínicos como causa da morte, acobertando a criminalidade que assola o estado.

A categoria médica não se furtou a enfrentar e discutir tal questão, dedicando o Capítulo X do Código de Ética a orientar os profissionais quanto aos limites a serem observados no fornecimento de

atestados e boletins médicos. Dentre os dispositivos que integram este Capítulo, destacamos os artigos 110 e 114, face à significativa utilização destes como fundamento para aplicação da pena máxima pelo Cremerj aos profissionais que forneceram atestados de forma irregular. De acordo com o Código, em tais dispositivos é vedado ao médico:

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

Art. 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.

A clareza com que a categoria repudia tais práticas antitética pode ser inferida tanto pela redação de tais artigos quanto pelo número significativo de processos (5) que resultaram, com base neles, na aplicação da pena de cassação do exercício profissional.

É interessante notar que, na redação das referidas normas orientadoras da prática médica, fez-se questão de declarar, de forma redundante, que é vedado o fornecimento de atestado que não corresponda à verdade.⁸ O termo atestar, pela própria definição significa "declarar por escrito e assinar sobre a verdade de um fato para servir a outrem de documento".

Os cinco processos que tiveram como fundamento os citados artigos 110 e 114 do CEM foram:

PEP 5: atestado de óbito fornecido através de agente funerário (artigo 110).

PEP 6: médico legista fornece atestado de óbito sem proceder à necropsia (artigo 110).

PEP 7: médico chamado pelo serviço funerário atesta óbito refutado pela autópsia (artigo 114).

PEP 8 e 9: médicos denunciados por órgão público por fornecimento de inúmeros atestados de óbito (artigos 110 e 114).

Nos cinco processos verificamos elementos semelhantes. Um único caso (PEP 7) ocorreu na zona sul da cidade. Todos os demais tiveram como cenário o interior do estado. Os médicos envolvidos

⁸ Para maiores informações, ver o atual Código de Ética Médica, Anexo 5.

exerciam atividades em clínicas particulares, embora três deles trabalhassem também no setor público. A possível relação com agências funerárias está colocada em quatro PEP's (5, 7, 8 e 9).

Esta relação com as agências funerárias toca num ponto sensível da questão dos atestados médicos: a comercialização. A possibilidade de que esses atestados funcionem como uma nova mercadoria tem gerado um posicionamento veemente e unânime por parte do Cremerj. Não se questiona o fato de que todo ato médico supõe uma remuneração mas não se pode negar a existência de um mercado funerário orientado por interesses pecuniários. Mercado este que volta-se para uma população carente de serviços de saúde e quase sempre impossibilitada de adquirir seus atestados pelas vias legais. Reafirmam com isto a sua condição de uma população desassistida não só em vida mas também na morte.

Embora o procedimento de venda de atestados seja de difícil comprovação, a alusão à possibilidade desta prática está presente em quatro dos cinco processos. A nosso ver é esta possibilidade que tem levado o Cremerj a punir com as mais severas penas os médicos em questão. Através de alguns relatórios podemos verificar que, segundo os conselheiros, há uma incompatibilidade fundamental entre esses profissionais e o exercício ético da profissão de médico. Ao assinarem esses atestados, eles acabam por selar o afastamento da categoria, "num caminho sem volta, indesculpável e intolerável, para um profissional da medicina"⁹.

Os casos aqui relatados constituem o universo do que foi julgado pelo Conselho, no período de 1988 a 1993, como as maiores e inadmissíveis infrações éticas médicas. Portanto, a análise desses nove processos, ao permitir uma caracterização dos médicos e de suas práticas condenadas com a pena máxima, nos trouxe algumas reflexões.

O perfil dos médicos condenados apresentou dois elementos que merecem destaque: as especialidades médicas e os tipos de instituição de ensino. Embora os médicos condenados não estivessem, necessariamente, quando do ato infrator, no exercício de sua especialidade, pudemos observar que a cirurgia geral e a pediatria (gráfico 3) aparecem com uma maior concentração, indicando questões que nos remetem não apenas à qualificação técnica destes profissionais. As informações

⁹ Trecho do relatório do revisor de um dos casos analisados neste subitem.

colhidas e analisadas nestes processos, apontam também para as precárias condições de trabalho onde tais atos, cirurgias e partos estão se desenvolvendo. O ensino médico, por outro lado, mostrou um aspecto inesperado: 89% dos médicos condenados formaram-se em universidades públicas (gráfico 2). Em toda a pesquisa, os dados sobre este item trazem sérios questionamentos sobre a qualidade de ensino prestado por estas instituições, merecendo maiores investigações e análises aprofundadas. Cabe ressaltar, no entanto, que o mito do ensino público, onde se pressupõe uma maior qualificação, parece não ter aderência com a realidade, pelo menos no que podemos notar através dos dados do estado do Rio de Janeiro.

Em relação às práticas condenadas, pudemos verificar que o fornecimento de atestados médicos configurou-se como a infração mais freqüentemente citada. De acordo com o gráfico 4, esta infração representou 56% dos casos analisados. Ressaltamos, porém, que no desenvolvimento destes processos, tais atos estavam relacionados ao descumprimento daquilo que no Código de Ética é apontado como um dos seus princípios fundamentais. Diz o artigo 9:

Art. 9 — A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio.

Atualmente, a venda de atestados médicos aponta para a configuração de um "mercado funerário que envolve interesses pecuniários elevados e criminalidade, além de tocar de perto a uma população desassistida em tudo, em vida e também na morte"¹⁰. Ao participarem deste mercado, os médicos em questão explicitam uma faceta atual da comercialização da medicina. Através desta prática, acabam afastando-se dos princípios básicos e fundamentais que, durante séculos, orientaram o exercício ético da profissão.

Da mesma forma, a conivência com práticas de tortura, outro tema de infração verificado, supõe o desrespeito à vida humana e a sua dignidade, mais um princípio que orienta a prática médica. Com estes elementos, o que queremos apontar é que estas infrações atingem as bases de sustentação da ética médica. Na arena destes processos discutiu-se algo mais do que simples modelos de organização do mercado de trabalho médico. Como vimos anteriormente, o Código de Ética traduz uma concepção do

¹⁰ Trechos do relatório do revisor de um dos processos analisados.

ideal de serviço e, nos últimos anos, refletia o confronto entre dois modelos de prática médica: do profissional liberal e/ou do assalariado. No caso do Rio de Janeiro, estas infrações éticas parecem extrapolar esta dualidade e colocar em questão a própria finalidade da medicina e do seu exercício.

Com este panorama identificamos aspectos relevantes das práticas consideradas limites para o exercício da medicina. Ao praticá-las estes nove médicos romperam com a possibilidade de continuarem a exercer a profissão. De acordo com o que determina o parágrafo único do artigo 23 do regulamento da lei 3.268/57:

Art. 23- 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação sobre o panorama atual da ética médica no Rio de Janeiro teve como ponto de partida dois elementos básicos: a propagada crise ética da nossa sociedade e suas possíveis repercussões sobre a prática médica. Esta prática, como vimos, caracteriza-se como um tipo de trabalho onde a dimensão ética desempenha uma relevância especial. Procuramos identificar as nuances desta articulação, que alia um movimento ao mesmo tempo plural, pertinente a uma dada sociedade, e singular, em referência à forma como a profissão médica faz a sua história.

As condições de vida em que nos encontramos, com situações de miséria extrema, violências sociais e institucionais, carências de todas as espécies, acabam por determinar significativa deterioração na qualidade de vida que aos integrantes de nossa sociedade é dado usufruir. O setor de saúde expressa quase que paradigmaticamente este quadro, expondo a categoria a dilemas como o dramatizado em *A Escolha de Sofia*. Diante de situações de emergência e consideradas as condições de atendimento disponíveis, não são poucas as vezes que ao profissional de saúde é colocada a questão de "*a quem salvar*". Vários são os critérios de escolha que podem se apresentar ao profissional responsável em tais situações, que devem ser decididas em questão de segundos: atender o primeiro paciente a dar entrada no hospital; o mais grave por ter menos possibilidade de suportar a espera; o menos grave por ter maior chance de sobrevivência; aquele acometido de um mal para o qual o hospital possui melhores recursos; enfim, qual a escolha eticamente correta em tais situações? Como ser ético ao decidir, em segundos, quem vive e quem morre?

Embora este tipo de dilema não tenha sido alvo de punição, o Conselho deixa transparecer o seu entendimento sobre o assunto. Nos processos examinados, o ato médico praticado em função das

condições de trabalho acaba por escapar a dimensão de julgamento ético e o exame da responsabilidade desloca-se para um outro patamar. De acordo com a Resolução nr. 24/89, afirma-se a responsabilidade do diretor técnico da unidade pelas condições ambientais em que se produziu o ato danoso. Ou seja, o foco do julgamento, que antes restringia-se ao agente executor, amplia-se e passa a envolver outra gama de profissionais que devem responder eticamente pelo resultado obtido pelo executor em função das condições que a este é dado atuar profissionalmente.

Com esta abordagem, acreditamos que o CREMERJ procura equacionar dois elementos da realidade atual da prática médica: a não posse dos meios de produção e a precariedade dos nossos serviços de saúde. No entanto, a responsabilidade ética sobre a situação desses serviços não se esgotam na figura do médico e do diretor técnico, nos remetendo a outros níveis decisórios que vão desde o diretor da unidade, secretários, ministros e presidente e onde corre-se o risco de diluir a questão ética e perde-la no emaranhado burocrático que reflete o poder decisório em nossa sociedade.

Em contrapartida, podemos detectar nos demais processos examinados um outro nível de questão que permite a corporação um posicionamento muito mais delineado e conclusivo, tanto a nível de investigação, quanto de punição.

Tal questão surge através de uma nova modalidade de relação médico-sociedade, onde a morte adquire um valor contábil. A categoria médica encontra-se às voltas, no Rio de Janeiro, com a comercialização da medicina, na sua versão contemporânea: a venda de atestados de óbito e os convênios com as agências funerárias. Tais práticas têm merecido as mais severas penas por parte do CREMERJ, demonstrando inequivocamente que a categoria não admite manter em seus quadros qualquer profissional que mercantilize a sua prática médica a ponto de erigir o lucro como único fim a ser almejado.

Assim como não acreditamos que essa prática seja exclusiva dos profissionais do Estado do Rio de Janeiro, também não acreditamos que ela resulte de um vírus que se desenvolva somente nos meios médicos; ao contrário, acreditamos que tal prática se constitui em uma das muitas formas de manifestação de violência a que estamos sendo submetidos em consequência de uma crise de valores e recursos sem precedentes em nossa sociedade.

Independentemente, porém, de se focalizar o julgamento de determinado caso na crise de valores ou na crise de recursos, o que cumpre sublinhar e ressaltar é que o trabalho médico tem, por essência, uma dimensão ética. Através dos atos de seus profissionais é que se exprimem os princípios éticos que reforçam e/ou refazem a história de toda a categoria, a despeito das perfeições ou imperfeições de seus códigos ou regulamentos. Como atores sociais, desempenham um papel fundamental no setor de saúde e na construção de políticas públicas que afirmem uma justa concepção de cidadania.

E é justamente com o objetivo de somar que apresentamos este trabalho. O desenvolvimento de novas pesquisas voltadas para a questão da ética e para o profissional de saúde é, ao nosso ver, fundamental. Diversos trabalhos da área acadêmica vêm, de fato, se ocupando deste tema. O Núcleo de Recursos Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública tem contribuído para essa discussão ao trazer a experiência dos que lidam com o tema. A formação de profissionais de saúde implica atualmente no posicionamento crítico sobre as condutas éticas daqueles que atuam no setor. No exercício de sua função, a Escola Nacional de Saúde Pública tem estimulado a produção de conhecimento sobre o tema, buscando contribuir para a construção de melhores condições de saúde para a nossa população.

Neste trabalho, as nossas limitações somaram-se outras: a escassa bibliografia existente; a ausência de registros históricos; a não padronização dos dados etc. Porém, esta pesquisa só foi possível por contar com o total apoio e incentivo da diretoria do Cremerj, na gestão 88/93, que nos abriu as portas, permitindo a um pesquisador não-médico entrar na intimidade da categoria, revirando suas histórias e, de alguma forma, expondo seus erros. Mesmo que nesta pesquisa tenhamos garantido o seu caráter ético, preservando o anonimato e o sigilo, a abertura do Conselho para tal fim demonstrou o caráter inovador e o sentido de cidadania que marcaram a atuação do Cremerj, neste período.

No Seminário sobre Ética e Desenvolvimento, patrocinado pela Escola Nacional de Saúde Pública, levantou-se a questão segundo a qual a atual crise ética implicava na criação de uma 'nova ética' ou a 'recuperação da ética estrutural'. Longe de tentar responder a este tipo de indagação, esperamos ter participado desta discussão trazendo elementos que falam sobre o desempenho ético dos profissionais de medicina. Com todas as falhas, com todas as limitações, sabendo que as possibilidades

de interpretações são várias, os recortes poderiam ser outros, serem múltiplos, como toda a produção de conhecimento. Algo sempre vivo, que se move a cada aproximação e nos envolve pelo " simples " prazer da busca.

BLIOGRAFIA

ALMEIDA, Sonia M. T.. Ética, saúde e cidadania. Rio de Janeiro, Cremerj, 1990. (Mimeo)

ARISTÓTELES. São Paulo, Abril Cultural, 1973. Os Pensadores, 4, vol. I e II.

ALBUQUERQUE, Antônio de O. Ética e seguradoras. In: DESAFIOS éticos. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 1993.

ASSAD, José E. Relação médico-paciente no final do século XX. In: DESAFIOS éticos. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 1993

_____. Uma Questão de Ética. In: Jornal de Clínica Médica do Rio de Janeiro, nr. 2, Rio de Janeiro, 1993.

BARBOSA, Jorge de C. Conselho regional de medicina do estado da Guanabara e a reformulação da medicina assistencial do país. In: ETICA médica. Rio de Janeiro, Cremeg, 1974.

BOLETIM DO CREMERJ. Rio de Janeiro, Conselho Regional de Medicina, ano V, n.37, abr./maio 1992.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo, Perspectiva, 1974.

BUSS, Paulo M. Ética e ambiente. In: DESAFIOS éticos. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 1993.

CAMPOS, Gastão W. de S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo, Hucitec, 1991.

_____. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo, Hucitec, 1988.

CAMPOS, Nilton. A ética médica através dos tempos. In: ÉTICA médica. Rio de Janeiro, Cremeg, 1974.

COLLINS, Randall. *The credential society*. New York, Academic Press, 1979.

CORDEIRO, Hésio de A. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro, Graal, 1984.

DONNANGELO, M. C. & PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1976.

DONNANGELO, M.C. *Medicina e sociedade*. São Paulo, Pioneira, 1975.

DÓRIA, Alvaro. Responsabilidade profissional médica. In: ÉTICA médica. Rio de Janeiro, Cremeg, 1974.

DURKHEIM, E. *Lições de sociologia: a moral, o direito e o Estado*. São Paulo, Edusp, 1983.

Estado da Guanabara. Conselho Regional de Medicina. Código de ética médica. Rio de Janeiro, 1974.

FARHA, J. Ética e Cooperativismo. In: Desafios Éticos. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 1993.

GONÇALVES, Ricardo de M. *Medicina e história; raíces sociales del trabajo médico*. México, Siglo Veintiuno Editores, 1984.

LABRA, Maria E. *Associativismo no setor saúde e organizações de interesse do empresariado médico*. Rio de Janeiro, 1992. (mimeo)

LAIN ENTRALGO, Pedro. *La medicina hipocrática*. Madri, Alianza Editorial, 1982.

LANDMAN, Jayme. *A ética médica sem máscara*. Rio de Janeiro, Guanabara Dois, 1985.

LUZ, Madel. *A medicina e a ordem política brasileira*. Rio de Janeiro, Graal, 1982.

KANT. São Paulo, Abril Cultural, 1973. Os Pensadores.

MACHADO, Maria Helena. *Profissões de saúde: um enfoque sociológico*. Rio de Janeiro, IUPERJ, 1988.

_____. A mulher e o mercado de trabalho em saúde na América — hegemonia feminina?. Washington, DC, 1992. (Mimeo)

MARIÁS, Julian. *História da filosofia*. Porto, Edições Souza & Almeida, s.d.

MARINHO, Marcelo J.M.C. *Profissões e intervenção do Estado*. Rio de Janeiro, IUPERJ, 1984.

MARINHO, Marcelo J.M.C. *Profissionalizações e credenciamento: a política das profissões*. Rio de Janeiro, Senai/Dn/DPEA, 1986.

MEDICIA, A.C., org. *Planejamento I — Recursos Humanos em Saúde*. In: Texto de Apoio. PEC/ENSP. Abrasco, 1987.

MELO, J. M., ed. *A medicina e sua história*. Rio de Janeiro, Ed. de Publicações Científicas, 1989.

MILLS, Wright. *A nova classe médica*. Rio de Janeiro, Zahar, 1969.

MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do conhecimento; pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1992.

MOORE, W.E. *The Professions Roles and Rules*. New York, Russell Sage Foundations, 1970.

MORA, José F. *Dicionário de filosofia*. Madri, Aliança Editorial, 1981.

MORAES, I. N. *Erro médico*. São Paulo, Santos, 1991.

NOVAES, Adauto, org. *Ética*. São Paulo, Companhia das Letras/Secretaria Municipal de Cultura, 1992.

NUNES, Everardo D. Brasil: relação médico-paciente e suas determinações sociais. *Educación Médica y Salud*, v. 22, n.2, 1988.

OLIVEIRA, Jaime. O trabalho médico no Rio de Janeiro. In: CORDEIRO, H. *As empresas médicas*. Rio de Janeiro, Graal, 1984.

OLIVEIRA, J. A. & TEIXEIRA, S. F. *(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis, Vozes e Abrasco, 1986.

PEREIRA, Caio Mário da S. *Responsabilidade civil*. Rio de Janeiro, Forense, 1992.

PEREIRA NETO, André. Primeiro Código de Ética Médica (1931) — algumas considerações. *Boletim do Cremerj*, n.37, 1992.

PEREIRA NETO, A. & MAIO, M. C. Origem e trajetória do sindicato médico brasileiro: algumas considerações. *Cadernos de História e Saúde*, Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz, n.2, 1992.

PEREZ, Heitor. Conselhos de medicina, origens e finalidades. In: *ÉTICA médica*. Rio de Janeiro, Cremeg, 1974.

RAMOS, Jairo. Conselhos de medicina. In: *ÉTICA médica*. Rio de Janeiro, Cremeg, 1974.

SALLES, Pedro. *História da Medicina no Brasil*. Belo Horizonte, Ed. G. Holanm Ltda.

SANTOS FILHO, L de C. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo, Hucitec, 1977.

SCHRAIBER, Lilia B. *O médico e o seu trabalho — limites da liberdade*. São Paulo, Hucitec, 1993.

SIEGEL, Sidney. *Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento*. Rio de Janeiro, McGraw-Hill do Brasil, 1975.

SILVA, Alcino L. da, org. *Temas de ética médica*. Belo Horizonte, Cooperativa Editora de Cultura Médica, 1982.

SOUZA, Alvaro T. de. *História da criação dos conselhos de medicina*. Rio de Janeiro, Departamento de Imprensa Nacional, 1971.

VASQUEZ, Adolfo S. *Filosofia da praxis*. 3.ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.

WARNOCK, Mary. *Ethics since 1900*. 3.ed. Oxford University Press, 1974.

WILENSKY, H.L. The professionalizations of everyone. In: GRUSKY, Oscar & MILLER, George. *The sociology of organization: basic studies*. New York, The Free Press, 1970.

ANEXO 1

DENÚNCIAS

Nomenclatura utilizada

Tipos de denúncias

Tipos de denunciantes

Material coletado

Nomenclatura utilizada

Tipos de denúncias

01 Relação médico-paciente

02 Relação médico-instituição

03 Relação médico-médico

04 Medicina de grupo: todos os tipos de denúncias que envolvem empresas de medicina de grupo

05 Honorários: denúncias sobre honorários médicos e/ou custos de modo geral (tratamento, cirurgias, hospitalizações etc.)

06 Atestados médicos

07 Óbitos

08 Falta/omissão de socorro

09 Remoção de pacientes: transporte de pacientes sem condições clínicas e/ou em veículos sem equipamento adequado ou ainda sem conhecimento da família

10 Aborto

11 Medicamentos: experiências com medicamentos, medicamentos com validade vencida etc.

12 Diagnóstico/Tratamento

13 Imperícia/Negligência/Imprudência

14 Mercantilização: denúncias explícitas sobre venda

15 Condições de trabalho: denúncias de médicos sobre as condições de trabalho ou mesmo de leigos sobre condições das unidades de saúde

16 Outros: solicitação de esclarecimentos, desaparecimentos de pacientes, quebra de sigilo profissional, banco de sangue, declarações de atendimentos médicos, etc.

Tipos de denunciantes

Leigo: designa os usuários dos serviços de saúde (pacientes, parentes ou amigos).

Ex-officio: notícias veiculadas pelos meios de comunicação e aquelas apresentadas pelo próprio Conselho através de seus conselheiros.

Instituição: instituições de saúde (hospitais, postos etc.), secretaria de estado e município e demais instituições tais como delegacias de polícia, OAB, Defensoria Pública, sindicatos etc.

Médicos

QUADRO 1

Levantamento das amostras das denúncias apresentadas ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro por ano

Ano de 1988

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	SITUAÇÃO*
INSTITUIÇÃO	02	ARQ.
LEIGO	04	PRESC.
LEIGO	07	ARQ.
LEIGO	13	ARQ.
LEIGO	13	PRESC.
LEIGO	15	ARQ.
EX-OFFICIO	15	ARQ.
MÉDICO	04	PRESC.
LEIGO	13	PRESC.
LEIGO	08	PEP
LEIGO	13	PEP
INSTITUIÇÃO	10	PRESC.
LEIGO	04	PRESC.
INSTITUIÇÃO	-	ARQ.
MÉDICO	04	ARQ.
LEIGO	04	ARQ.
LEIGO	04	ARQ.

*Refere-se ao desdobramento de cada denúncia no Cremerj.

Indicam: ARQ. — Arquivamento

PRESC. — Prescrição

PEP — Processo ético-profissional

Em alguns casos não havia informação, podendo indicar uma sindicância em andamento ou simplesmente o não preenchimento do dado (arquivado ou prescrito).

Ano de 1988

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	SITUAÇÃO
MÉDICO	08	PEP
LEIGO	08	ARQ.
MÉDICO	03	ARQ
INSTITUIÇÃO	04	ARQ
LEIGO	01	ARQ.
MÉDICO	03	ARQ.
EX-OFFICIO	16	ARQ.
LEIGO	13	PEP
INSTITUIÇÃO	02	ARQ.
LEIGO	04	ARQ.
LEIGO	01	ARQ.
MÉDICO	02	ARQ.
LEIGO	13/15	PEP
INSTITUIÇÃO	16	ARQ.
LEIGO	13	ARQ.
LEIGO	12	ARQ.
INSTITUIÇÃO	07	ARQ.
INSTITUIÇÃO	02	ARQ.
MÉDICO	03	PEP
INSTITUIÇÃO	02	PEP
LEIGO	05	ARQ.
MÉDICO	03	ARQ.
INSTITUIÇÃO	06	PEP
LEIGO	12	ARQ.

Ano de 1988 (cont.)

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	SITUAÇÃO
LEIGO	08	ARQ.
MÉDICO	13	ARQ.
INSTITUIÇÃO	06	PRESC.
LEIGO	16	ARQ.
MÉDICO	02	PRESC.
LEIGO	07	ARQ.
INSTITUIÇÃO	08	ARQ.
MÉDICO	02	ARQ.
LEIGO	16	ARQ.
MÉDICO	16	ARQ.
MÉDICO	04	ARQ.
INSTITUIÇÃO	16	ARQ.
INSTITUIÇÃO	06	PEP
INSTITUIÇÃO	16	PEP
MÉDICO	06	ARQ.
LEIGO	13	PEP
LEIGO	08/07	PEP
LEIGO	14	ARQ.
INSTITUIÇÃO	13	-

Fonte: Cremerj, 1992

Ano de 1989

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	SITUAÇÃO
<i>EX-OFFICIO</i>	08	ARQ.
<i>EX-OFFICIO</i>	16	PEP
INSTITUIÇÃO	06	ARQ.
<i>EX-OFFICIO</i>	15	ARQ.
<i>EX-OFFICIO</i>	06	PEP
MÉDICO	03	ARQ.
MÉDICO	03	PRESC.
INSTITUIÇÃO	09/13	PEP
INSTITUIÇÃO	05	PEP
LEIGO	13	ARQ.
MÉDICO	04	ARQ.
INSTITUIÇÃO	09	PEP
LEIGO	11	PEP
INSTITUIÇÃO	06	-
LEIGO	04	PRESC.
LEIGO	07/13	PEP
<i>EX-OFFICIO</i>	03	-
INSTITUIÇÃO	16	PEP
INSTITUIÇÃO	-	-
LEIGO	13	ARQ.
INSTITUIÇÃO	10	PEP
LEIGO	13	-
INSTITUIÇÃO	05	ARQ.

Ano de 1989 (cont.)

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	SITUAÇÃO
LEIGO	13	-
EX-OFFICIO	06	ARQ.
LEIGO	13	ARQ.
INSTITUIÇÃO	13	PRESC.
INSTITUIÇÃO	11	ARQ.
LEIGO	13	-
LEIGO	13	ARQ.
LEIGO	13	-
LEIGO	13	PEP
LEIGO	13	ARQ.
INSTITUIÇÃO	02	PRESC.
LEIGO	13	PRESC.
LEIGO	01	ARQ.
LEIGO	12/13	PEP
LEIGO	13	PEP
LEIGO	-	-
INSTITUIÇÃO	02	PEP
LEIGO	07	ARQ.
LEIGO	08	ARQ.
LEIGO	13	ARQ.
EX-OFFICIO	13	ARQ.
MÉDICO	02	ARQ.
INSTITUIÇÃO	07	ARQ.
INSTITUIÇÃO	16	-

Ano de 1989 (cont.)

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	SITUAÇÃO
INSTITUIÇÃO	07	PEP
INSTITUIÇÃO	03	-
INSTITUIÇÃO	13	PRESC.
MÉDICO	12	ARQ.
INSTITUIÇÃO	-	ARQ.
LEIGO	13	PEP
LEIGO	01	ARQ.
LEIGO	13	-

Fonte: Cremerj, 1992

Ano de 1990

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	SITUAÇÃO
<i>EX-OFFICIO</i>	13	ARQ.
LEIGO	13	ARQ.
MÉDICO	-	ARQ.
INSTITUIÇÃO	06	-
MÉDICO	03	-
LEIGO	01	ARQ.
MÉDICO	02	ARQ.
INSTITUIÇÃO	07	PEP
MÉDICO	03	-
LEIGO	01	ARQ.
MÉDICO	03	-
LEIGO	12	ARQ.
INSTITUIÇÃO	16	-
INSTITUIÇÃO	09	-
MÉDICO	03	PEP
LEIGO	01	-
INSTITUIÇÃO	05	ARQ.
LEIGO	07	PEP
<i>EX-OFFICIO</i>	-	ARQ.
<i>EX-OFFICIO</i>	13	ARQ.
<i>EX-OFFICIO</i>	13	ARQ.
LEIGO	08	ARQ.
MÉDICO	02	PEP
LEIGO	16	ARQ.
LEIGO	08	ARQ.

Ano de 1990 (cont.)

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	SITUAÇÃO
<i>EX-OFFICIO</i>	07/06	PEP
<i>EX-OFFICIO</i>	13	-
INSTITUIÇÃO	08	-
INSTITUIÇÃO	13	-
LEIGO	05	-
<i>EX-OFFICIO</i>	13	-
<i>EX-OFFICIO</i>	16	-
LEIGO	06	ARQ.
MÉDICO	02	-
INSTITUIÇÃO	09	PEP
INSTITUIÇÃO	13	-
INSTITUIÇÃO	02	ARQ.
INSTITUIÇÃO	06	ARQ.
LEIGO	13	PEP
<i>EX-OFFICIO</i>	15	ARQ.
LEIGO	08	ARQ.
LEIGO	05	ARQ.
LEIGO	05	-
LEIGO	12	ARQ.
LEIGO	08	ARQ.
LEIGO	13	ARQ.
LEIGO	12	PEP
LEIGO	16	-
INSTITUIÇÃO	07	PEP

Ano de 1990 (cont.)

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	SITUAÇÃO
LEIGO	12	-
MÉDICO	03	ARQ.
<i>EX-OFFICIO</i>	02	-
INSTITUIÇÃO	04	-
<i>EX-OFFICIO</i>	07	-
INSTITUIÇÃO	16	ARQ.
<i>EX-OFFICIO</i>	16	ARQ.
LEIGO	08	ARQ.
INSTITUIÇÃO	13	ARQ.

Fonte: Cremerj, 1992

Ano de 1991

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	SITUAÇÃO
LEIGO	-	-
LEIGO	13	PEP
MÉDICO	02	-
EX-OFFICIO	08	ARQ.
LEIGO	13	ARQ.
EX-OFFICIO	12	-
LEIGO	13	-
LEIGO	05	-
MÉDICO	06	-
INSTITUIÇÃO	02	-
LEIGO	07	PEP
INSTITUIÇÃO	09/07	-
INSTITUIÇÃO	09	-
INSTITUIÇÃO	13	-
INSTITUIÇÃO	09	ARQ.
EX-OFFICIO	07/13	-
MÉDICO	02	-
MÉDICO	03	ARQ.
LEIGO	06	ARQ.
LEIGO	13	-
LEIGO	01	-
LEIGO	12	ARQ.
LEIGO	13	-
EX-OFFICIO	16	-
LEIGO	07	ARQ.

Ano de 1991 (cont.)

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	SITUAÇÃO
INSTITUIÇÃO	-	PEP
INSTITUIÇÃO	12	-
LEIGO	13	ARQ.
LEIGO	13	ARQ.
INSTITUIÇÃO	09	-
LEIGO	13	ARQ.
MÉDICO	05	ARQ.
INSTITUIÇÃO	08	ARQ.
LEIGO	08	-
EX-OFFICIO	02	-
LEIGO	12	-
EX-OFFICIO	16	ARQ.
LEIGO	05	ARQ.
MÉDICO	03	-
LEIGO	01	ARQ.
LEIGO	13	-
LEIGO	13	-
LEIGO	06	ARQ.
LEIGO	12	ARQ.
INSTITUIÇÃO	07	-
MÉDICO	16	ARQ.
LEIGO	08	-
LEIGO	08	ARQ.
LEIGO	07	-

Ano de 1991 (cont.)

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	SITUAÇÃO
INSTITUIÇÃO	13	-
LEIGO	07	ARQ.
INSTITUIÇÃO	01	ARQ.
LEIGO	08	-
LEIGO	13	-
LEIGO	13	PEP
LEIGO	13	-
LEIGO	13	-
INSTITUIÇÃO	13	-
LEIGO	01	-
EX-OFFICIO	06	-
LEIGO	13	ARQ.
LEIGO	13	PEP
LEIGO	07	PEP
EX-OFFICIO	07	-
LEIGO	06/09	-
LEIGO	05	-
LEIGO	13/05	-
LEIGO	13	-
LEIGO	07	-
INSTITUIÇÃO	06	-
LEIGO	07/16	-
LEIGO	13	ARQ.
LEIGO	04	PEP

Ano de 1991 (cont.)

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	SITUAÇÃO
LEIGO	13	-
LEIGO	13	PEP
EX-OFFICIO	07	ARQ.
LEIGO	05	-
LEIGO	01	-
LEIGO	01	PEP
INSTITUIÇÃO	07	PEP
LEIGO	03	ARQ.
EX-OFFICIO	13	-
INSTITUIÇÃO	12/07	-
LEIGO	12	ARQ.
LEIGO	11	ARQ.
LEIGO	07	-
INSTITUIÇÃO	15	PEP
INSTITUIÇÃO	07	ARQ.
MÉDICO	05	-
LEIGO	13	-
MÉDICO	03	ARQ.
LEIGO	07	PEP
LEIGO	05	ARQ.
LEIGO	07	-
INSTITUIÇÃO	07	-
EX-OFFICIO	13	PEP

Fonte: Cremerj, 1992

Ano de 1992

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	SITUAÇÃO
LEIGO	12	-
MÉDICO	16	-
INSTITUIÇÃO	03	ARQ.
LEIGO	13	-
LEIGO	07	ARQ.
LEIGO	07	ARQ.
LEIGO	12	-
MÉDICO	03	-
LEIGO	11	ARQ.
LEIGO	06	-
MÉDICO	03	-
LEIGO	13	-
EX-OFFICIO	02	ARQ.
LEIGO	07	PEP
EX-OFFICIO	01	ARQ.
EX-OFFICIO	07	-
LEIGO	16	ARQ.
MÉDICO	03	-
INSTITUIÇÃO	06	ARQ.
LEIGO	13	-
INSTITUIÇÃO	16	ARQ.
EX-OFFICIO	08	ARQ.
LEIGO	05	ARQ.
INSTITUIÇÃO	07	ARQ.
MÉDICO	15	-

Ano de 1992 (cont.)

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	SITUAÇÃO
MÉDICO	02	ARQ.
LEIGO	13/07	-
INSTITUIÇÃO	02	ARQ.
<i>EX-OFFICIO</i>	06	-
LEIGO	11	ARQ.
LEIGO	08/07	-
LEIGO	11	-
MÉDICO	13	-
LEIGO	15	-
LEIGO	12	ARQ.
LEIGO	12	-
<i>EX-OFFICIO</i>	13	-
LEIGO	16	-
MÉDICO	03	-
INSTITUIÇÃO	02	PEP
LEIGO	06	-
MÉDICO	03	-
LEIGO	13	-
LEIGO	05	-
LEIGO	13	-
<i>EX-OFFICIO</i>	07	ARQ.
MÉDICO	16	ARQ.
LEIGO	15	-
MÉDICO	03	ARQ.

Ano de 1992 (cont.)

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	SITUAÇÃO
LEIGO	12	ARQ.
LEIGO	04	-
LEIGO	13	ARQ.
LEIGO	07/13	-
LEIGO	08	ARQ.
LEIGO	08	-
MÉDICO	07	ARQ.
LEIGO	12	-
LEIGO	13	ARQ.
INSTITUIÇÃO	02	-
INSTITUIÇÃO	02	-
LEIGO	05	PEP
LEIGO	13	PEP
MÉDICO	03	-
LEIGO	05	-
LEIGO	04	-
LEIGO	12	-
MÉDICO	03	-
LEIGO	16	-
MÉDICO	02	-
LEIGO	14	-
MÉDICO*	05	-
MÉDICO	03	-
LEIGO	07	ARQ.

* Refere-se a cobrança efetuada pelo hospital.

Ano de 1992 (cont.)

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	SITUAÇÃO
LEIGO	11	ARQ.
LEIGO	12	ARQ.
LEIGO	-	-
LEIGO	13	-
EX-OFFICIO	08	-
INSTITUIÇÃO	13	-
LEIGO	01	ARQ.
LEIGO	13	-
EX-OFFICIO	14	-
MÉDICO	03	-
LEIGO	13	-
LEIGO	12	ARQ.
LEIGO	-	-
EX-OFFICIO	12	PEP
LEIGO	-	ARQ.
MÉDICO	15	-
MÉDICO	14	-
LEIGO	13	-
LEIGO	07	ARQ.
LEIGO	13	ARQ.
LEIGO	07	-
LEIGO	13	-
LEIGO	12	ARQ.

Ano de 1992 (cont.)

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	SITUAÇÃO
LEIGO	07	-
LEIGO	13	-
INSTITUIÇÃO	15	-
LEIGO	12/07	-
LEIGO	13	-
LEIGO	07	-
LEIGO	13	-
LEIGO	11	-
LEIGO	01	-
LEIGO	16	-
LEIGO	08	-
INSTITUIÇÃO	08	-
MÉDICO	02	-
LEIGO	13	-
LEIGO	08	-
MÉDICO	08	-
MÉDICO	-	-
LEIGO	08	-
MÉDICO	-	-
MÉDICO	03	-
LEIGO	-	-

Fonte: Cremerj, 1992

ANEXO 2

PROCESSOS ÉTICO-PROFISSIONAIS

Nomenclatura utilizada

Tipos de denúncias

Tipos de denunciantes

Tipos de penalidades

Tabelas

Material coletado

Nomenclatura utilizada

Tipos de denúncias

01 Relação médico-paciente

02 Relação médico-instituição

03 Relação médico-médico

04 Medicina de grupo: todos os tipos de denúncias que envolvem empresas de medicina de grupo

05 Honorários: denúncias sobre honorários médicos e/ou custos de modo geral (tratamento, cirurgias, hospitalizações etc.)

06 Atestados médicos

07 Óbitos

08 Falta/omissão de socorro

09 Remoção de pacientes: transporte de pacientes sem condições clínicas e/ou em veículos sem equipamento adequado ou ainda sem conhecimento da família

10 Aborto

11 Medicamentos: experiências com medicamentos, medicamentos com validade vencida etc.

12 Diagnóstico/Tratamento

13 Imperícia/Negligência/Imprudência

14 Mercantilização: denúncias explícitas sobre venda

15 Condições de trabalho: denúncias de médicos sobre as condições de trabalho ou mesmo de leigos sobre condições das unidades de saúde

16 Outros: solicitação de esclarecimentos, desaparecimentos de pacientes, quebra de sigilo profissional, banco de sangue, declarações de atendimentos médicos etc.

Tipos de denunciantes

Leigo: designa os usuários dos serviços de saúde (pacientes, parentes ou amigos).

Ex-officio: notícias veiculadas pelos meios de comunicação e aquelas apresentadas pelo próprio Conselho através de seus conselheiros.

Instituição: instituições de saúde (hospitais, postos etc.), secretaria do estado e município e demais instituições tais como delegacias de polícia, OAB, Defensoria Pública, sindicatos etc.

Médicos

Tipos de penalidades ²⁹⁸

- A: advertência confidencial, em aviso reservado
- B: censura confidencial, em aviso reservado
- C: censura pública, em publicação oficial
- D: suspensão do exercício profissional até trinta dias
- E: cassação do exercício profissional

²⁹⁸ Categorias previstas no Código de Ética Médica

TABELA 4

Distribuição dos processos éticos profissionais julgados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro no período de 1988 a 1992, por tipos de denunciante.

ANOS*	TIPOS DE DENUNCIANTES				
	LEIGO	EX-OFFICIO	INSTITUIÇÃO	MÉDICO	TOTAL
1988	10	11	11	3	35
1989	17	6	7	2	32
1990	1	0	4	2	17
1991	3	3	1	0	7
TOTAL	41	20	23	7	81

Fonte: Cremerj, 1993

*Até a data da pesquisa não havia PEP's julgados das denúncias de 1992.

TABELA 5

Distribuição dos processos éticos profissionais julgados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro no período de 1988 a 1992, por tipo de denúncias.

TIPOS DE DENÚNCIAS	ANOS				
	1988	1989	1990	1991	TOTAL
01	1	1	0	0	2
02	2	2	1	0	5
03	3	0	1	0	4
04	0	1	1	0	2
05	0	2	1	1	4
06	4	2	2	1	9
07	3	5	4	2	14
08	5	1	0	0	6
09	0	0	0	0	0
10	1	0	0	0	1
11	2	0	0	1	3
12	0	0	1	1	2
13	13	17	8	1	39
14	5	0	0	0	5
15	3	1	0	0	4
16	4	1	1	2	8
TOTAL	46	33	20	9	108 ¹

Fonte: Cremerj, 1993

¹ Dezesete PEP's envolviam mais de uma denúncia.

QUADRO 2

**Levantamento dos dados referentes aos processos éticos-profissionais
julgados pelo conselho Regional de Medicina
do Estado do Rio de Janeiro, por ano.**

Ano de 1988

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	NÚMERO DE MÉDICOS	DATA DE JULGAMENTO	PENA
LEIGO	16	1	02/90	D
LEIGO	13	1	07/89	C
EX-OFFICIO	06	1	08/89	E
MÉDICO	16	2	03/90	ABS,ABS
INSTITUIÇÃO	06	1	02/90	E
EX-OFFICIO	10	1	11/89	C
EX-OFFICIO	16,15	1	02/90	ABS
LEIGO	08	1	03/91	ABS
INSTITUIÇÃO	06	1	01/91	C
LEIGO	14	1	11/90	C
MÉDICO	14,13	1	11/90	C
INSTITUIÇÃO	07,08,13	1	10/90	C
INSTITUIÇÃO	08	1	12/91	B
MÉDICO	03	1	08/91	B
EX-OFFICIO	01	1	10/91	A
INSTITUIÇÃO	07,08,13	6	09/90	3ABS,B,2C
EX-OFFICIO	13	1	04/90	A
INSTITUIÇÃO	13,15	2	12/91	ABS,ABS
LEIGO	11,13	2	11/91	ABS,ABS
LEIGO	07,13	2	01/93	B,C

Ano de 1988 (cont.)

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	NÚMERO DE MÉDICOS	DATA DE JULGAMENTO	PENA
EX-OFFICIO	02,15	1	06/90	ABS
INSTITUIÇÃO	08	2	01/91	ABS,B
LEIGO	13	4	08/90	4ABS
INSTITUIÇÃO	16	1	06/90	B
LEIGO	11,14	1	08/90	B
EX-OFFICIO	03	2	01/92	2B
INSTITUIÇÃO	14	1	03/93	A
EX-OFFICIO	13	6	09/91	5ABS,E
INSTITUIÇÃO	13	4	03/93	ABS,2B,C
LEIGO	13	3	03/93	ABS,2B
INSTITUIÇÃO	14	1	12/91	B
LEIGO	13	4	04/92	EX,2B,D*
EX-OFFICIO	06	1	08/91	C
EX-OFFICIO	03	2	07/92	D,E
EX-OFFICIO	02	2	01/93	ABS,C

Fonte: Cremerj, 1993

* Um médico foi excluído do processo.

Quadro síntese de 1988

TOTAL DE DENÚNCIAS	267	PEP INSTAURADOS	50
DENÚNCIAS ARQUIVADAS	154	PEP JULGADOS	35 (03/93)
DENÚNCIAS RETIRADAS	2	MÉDICOS ENVOLVIDOS	64

Fonte: Cremerj, 1993

Ano de 1989

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	NÚMERO DE MÉDICOS	DATA DE JULGAMENTO	PENA
LEIGO	13	1	05/90	B
INSTITUIÇÃO	07,13	2	12/92	ABS,B
LEIGO	07,13	1	01/92	A
INSTITUIÇÃO	16	1	05/90	C
INSTITUIÇÃO	13	2	02/92	2A
LEIGO	05	1	02/92	ABS
MÉDICO	02	1	12/90	C
LEIGO	13	1	04/91	C
LEIGO	13	2	10/91	ABS,B
EX-OFFICIO	13	1	05/91	ABS
LEIGO	07	1	06/91	D
EX-OFFICIO	-	1	12/90	C
LEIGO	13	4	01/92	ABS,A,B,C
INSTITUIÇÃO*	07	2	07/92	ABS,B
EX-OFFICIO	01	1	01/93	A
MÉDICO	05	1	07/91	ABS
EX-OFFICIO	06	1	09/92	E
LEIGO	13	1	10/90	E
INSTITUIÇÃO	06	1	10/90	C
LEIGO	13	1	03/91	B
LEIGO	13	2	02/91	2B

* Ex-officio 02 1 09/90 A

Ano de 1989 (cont.)

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	NÚMERO DE MÉDICOS	DATA DE JULGAMENTO	PENA
LEIGO	13	2	09/92	C,D
INSTITUIÇÃO	07	2	08/92	ABS,B
EX-OFFICIO	04	1	11/92	C
LEIGO	08	3	08/92	DILIGÊNCIA ¹
LEIGO	13	1	09/92	A
LEIGO	13	1	11/91	B
LEIGO	13	1	08/92	B
INSTITUIÇÃO	15	5	10/92	2C,3D
LEIGO	13	2	07/92	B,C
LEIGO	13	1	09/92	ABS

Fonte: Cremerj, 1993

¹ O julgamento do referido processo foi suspenso por pedido de diligência. Referia-se a três médicos.

Quadro síntese de 1989

TOTAL DE DENÚNCIAS	245	PEP INSTAURADOS	63
DENÚNCIAS ARQUIVADAS	120	PEP JULGADOS	32 (03/93)
		MÉDICOS ENVOLVIDOS	49

Fonte: Cremerj, 1993

Ano de 1990

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	NÚMERO DE MÉDICOS	DATA DE JULGAMENTO	PENA
LEIGO	04	1	06/91	C
INSTITUIÇÃO	06	2	02/91	2ABS
INSTITUIÇÃO	06	1	02/91	ABS
MÉDICO	02	1	04/91	ABS
INSTITUIÇÃO	13	1	06/91	ABS
LEIGO	05	1	08/91	D
INSTITUIÇÃO	13	7	11/92	7ABS
LEIGO	07	2	06/92	2C
LEIGO	13,16	1	08/91	ABS
LEIGO	12	2	06/91	B,C
LEIGO	13	1	11/91	B
LEIGO	07,13	4	04/92	4D
LEIGO	07	1	10/92	E
LEIGO	07,13	2	06/92	D,E
LEIGO	13	1	03/93	ABS
LEIGO	13	1	02/93	A
MÉDICO	03	1	10/92	C

Fonte: Cremerj, 1993

Quadro síntese de 1990

TOTAL DE DENÚNCIAS	258	PEP INSTAURADOS	51
DENÚNCIAS ARQUIVADAS	118	PEP JULGADOS	17 (03/93)
DENÚNCIAS RETIRADAS	3	MÉDICOS ENVOLVIDOS	30

Fonte: Cremerj, 1993

Ano de 1991

TIPO DE DENUNCIANTE	TIPO DE DENÚNCIA	NÚMERO DE MÉDICOS	DATA DE JULGAMENTO	PENA
<i>EX-OFFICIO</i>	16	1	07/92	ABS
<i>EX-OFFICIO</i>	11,07	4	02/92	4ABS
<i>EX-OFFICIO</i>	12,05	1	12/91	D
INSTITUIÇÃO	06	1	03/93	E
LEIGO	07	2	11/92	2ABS
LEIGO	13	1	03/93	B
LEIGO	16	1	11/92	ABS

Fonte: Cremerj, 1993

Quadro síntese de 1991

TOTAL DE DENÚNCIAS	428	PEP INSTAURADOS	67
DENÚNCIAS ARQUIVADAS	126	PEP JULGADOS	7 (03/93)
DENÚNCIAS RETIRADAS	3	MÉDICOS ENVOLVIDOS	11

Fonte: Cremerj, 1993

Ano de 1992

Quadro síntese de 1992

TOTAL DE DENÚNCIAS	524	PEP INSTAURADOS	25
		PEP JULGADOS	0

Fonte: Cremerj, 1993

ANEXO 3

MÉDICOS JULGADOS

Nomenclatura utilizada

Tipos de instituições de ensino

Tipos de penalidades

Tabelas

Material coletado

Nomenclatura utilizada

Tipos de instituições de ensino

Públicas

UFRJ — Universidade Federal do Rio de Janeiro

UERJ — Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFF — Universidade Federal Fluminense

UNI-RIO — Universidade do Rio de Janeiro

UFAL — Universidade Federal de Alagoas

UFBA — Universidade Federal da Bahia

UFPE — Universidade Federal de Pernambuco

UFPB — Universidade Federal da Paraíba

UFRH — Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UFPA — Universidade Federal do Pará

UFJF — Universidade Federal de Juiz de Fora

UNB — Universidade de Brasília

UFMB — Universidade Federal de Minas Gerais

UFRS — Universidade Federal do Rio Grande do Sul

FUAM — Fundação Universidade do Amazonas

FFFCMPOA — Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre

Privadas

UGF — Universidade Gama Filho

EM/FTESM — Escola de Medicina/Fundação Técnico-Educacional Souza Marques

FCMNI/SESNI — Faculdades de Ciências Médicas de Nova Iguaçu/Sociedade de Ensino Superior de
Nova Iguaçu

FMP/FOG — Faculdade de Medicina de Petrópolis/Fundação Otacílio Gualberto

FMT/FESO — Faculdade de Medicina de Teresópolis/Fundação Educacional Serra dos Orgãos

FMV/FEDAA — Faculdade de Medicina de Valença/Fundação Educacional Dom André Arcoverde

FMV/FESS — Faculdade de Medicina de Vassouras/Fundação Educacional Severino Sombra

FMC/FBPN — Faculdade de Medicina de Campos/Fundação Benedito Pereira Nunes

ECMVR/FOA — Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda/Fundação Oswaldo Aranha

EMSP/FBDM — Escola de Medicina de Saúde Pública/Fundação Bahiana para o Desenvolvimento
da Medicina

FCMSCSP/FAVC — Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo/Fundação Arnaldo
Vieira de Carvalho

EMSCMV/FMV — Escola de Medicina Santa Casa de Misericórdia/Faculdade de Medicina de Vitória

Faculdades Estrangeiras

Tipos de penalidades *

A: advertência confidencial, em aviso reservado

B: censura confidencial, em aviso reservado

C: censura pública, em publicação oficial

D: suspensão do exercício profissional até trinta dias

E: cassação do exercício profissional

* Categorias previstas no Código de Ética Médica.

TABELA 9

**Distribuição dos médicos julgados pelo Conselho Regional de Medicina
do Estado do Rio de Janeiro por sexo e instituições
de ensino no período de 1988 a 1993 ***

INSTITUIÇÕES DE ENSINO	SEXO		TOTAL	
	HOMEM	MULHER	Nº	%
UNI-RIO	15	1	16	10,3
UFRJ	20	8	28	18,2
UERJ	12	3	15	9,5
UFF	14	-	14	9,1
PARTICULARES ¹	12	8	20	13,0
REGIÃO SERRANA ²	15	3	18	11,7
REGIÃO DO VALE DO PARAÍBA ³	13	2	15	9,5
REGIÃO NORTE ⁴	4	-	4	2,6
VOLTA REDONDA	-	1	1	0,6
OUTROS ESTADOS	17	5	23	14,9
ESTRANGEIRO	1	-	1	0,6
TOTAL	123	31	154	100,0

Fonte: Cremerj, 1993

* Julgamentos realizados até março de 1993.

¹ Particulares: Gama Filho, Souza Marques e Nova Iguaçu

² Região Serrana: Petrópolis e Teresópolis

³ Região do Vale do Paraíba: Vassouras e Valença

⁴ Região Norte: Campos

TABELA 10

**Distribuição dos médicos julgados pelo Conselho Regional de Medicina
do Estado do Rio de Janeiro por faixa etária
e penalidade no período de 1988 a 1993 ***

FAIXA ETÁRIA	PENALIDADES												Total
	ABS		A		B		C		D		E		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
MENOS DE 30 ANOS	1	25,0	1	25,0	1	25,0	1	25,0	-	-	-	-	4
DE 31 A 40 ANOS	23	56,1	1	2,4	11	26,8	3	7,3	2	4,9	1	2,4	41
DE 41 A 50 ANOS	18	32,7	5	9,1	12	21,8	9	16,4	8	14,5	3	5,5	55
DE 51 A 65 ANOS	12	30,0	2	5,0	7	17,5	11	27,5	4	10,0	4	10,0	40
MAIS DE 65 ANOS	2	20,0	2	20,0	-	-	4	40,0	1	10,0	1	10,0	10
TOTAL	56	37,3	11	7,3	31	20,7	28	18,7	15	10,0	9	6,0	150 ¹

Fonte: Cremerj, 1993

* Julgamentos realizados até março de 1993.

¹ Um médico foi excluído do processo durante a sessão de julgamento. Três médicos não tiveram suas penas homologadas. O processo que os envolve encontra-se em diligência.

QUADRO 3

Levantamento dos dados referentes aos médicos julgados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro no período de 1988 a 1993

SEXO	IDADE	TEMPO DE FORMADO	INSTITUIÇÃO DE ENSINO	ESPECIALIDADE	PENALIDADE
M	29	06	FMP/FOG	-	A
M	40	15	FMP/FOG	-	B
M	53	28	UFJF	-	ABS
M	59	30	UFRJ	-	D
M	60	32	UFF	-	C
M	44	20	FMP/FOG	-	ABS
M	38	13	EM/FTESM	-	A
M	50	25	UFPE	-	ABS
M	42	18	UFRJ	-	ABS
M	50	22	UNI-RIO	-	ABS
M	34	11	UERJ	-	ABS
F	38	13	UFRJ	-	ABS
F	36	12	FMT/FESO	GIN./OBST.	ABS
M	39	15	FMV/FEDAA	GIN.	ABS
M	39	15	UGF	GIN.	ABS
M	41	13	FMT/FESO	-	A
M	58	30	UFRJ	-	C
M	43	17	UFF	-	D
M	59	19	UFF	ORT./TRAUM.	D
M	62	32	FCMSCSP	-	E
M	52	28	UFRJ	-	B

* Julgamentos realizados até março de 1993.

Quadro 3 (cont.)

S E X O	IDADE	TEMPO DE FORMADO	INSTITUIÇÃO DE ENSINO	ESPECIALIDADE	PENALIDADE
M	61	32	UERJ	-	B
M	58	34	UFRJ	OBST.	B
F	59	32	UFRJ	GIN./OBST.	ABS
M	38	13	FMV/FESS	-	ABS
M	47	20	UFPB	GIN./OBST.	B
F	41	18	UFRJ	-	C
M	38	08	FMT/FESO	-	C
M	44	19	FMV/FEDAA	-	C
M	41	18	FMC/FBPN	CIR.GERAL	D
M	40	17	UFJF	-	-
M	41	16	UGF	CIR.GERAL	D
M	40	14	FMV/FESS	OBST.	D
M	59	31	UFRJ	-	D
M	43	17	FMP/FOG	CIR.GERAL	D
M	32	08	FCMNI/SESNI	-	E
M	63	41	UNI-RIO	-	B
M	59	34	UFRJ	GIN./OBST.	ABS
F	46	19	EMSP/FBDM	GIN./OBST.	B
F	41	15	UERJ	-	ABS
M	41	22	FMP/FOG	-	ABS
M	56	30	UFF	-	A
M	54	08	FMT/FESO	-	A
M	81	50	UFF	-	C
M	50	25	UNI-RIO	GIN./OBST.	C
M	46	19	UFF	CIR.GER/MIN.	E
M	63	38	UFRJ	-	ABS
M	37	14	FMV/FESS	-	ABS
F	34	09	UGF	-	ABS
M	59	33	UFRJ	-	ABS
M	42	16	FMV/FEDAA	-	ABS

Quadro 3 (cont.)

S E X O	IDADE	TEMPO DE FORMADO	INSTITUIÇÃO DE ENSINO	ESPECIALIDADE	PENALIDADE
M	61	32	UERJ	-	B
M	58	34	UFRJ	OBST.	B
F	59	32	UFRJ	GIN./OBST.	ABS
M	38	13	FMV/FESS	-	ABS
M	47	20	UFPB	GIN./OBST.	B
F	41	18	UFRJ	-	C
M	38	08	FMT/FESO	-	C
M	44	19	FMV/FEDAA	-	C
M	41	18	FMC/FBPN	CIR.GERAL	D
M	40	17	UFJF	-	EXCLUÍDO
M	41	16	UGF	CIR.GERAL	D
M	40	14	FMV/FESS	OBST.	D
M	59	31	UFRJ	-	D
M	43	17	FMP/FOG	CIR.GERAL	D
M	32	08	FCMNI/SESNI	-	E
M	63	41	UNI-RIO	-	B
M	59	34	UFRJ	GIN./OBST.	ABS
F	46	19	EMSP/FBDM	GIN./OBST.	B
F	41	15	UERJ	-	ABS
M	41	22	FMP/FOG	-	ABS
M	56	30	UFF	-	A
M	54	08	FMT/FESO	-	A
M	81	50	UFF	-	C
M	50	25	UNI-RIO	GIN./OBST.	C
M	46	19	UFF	CIR.GER/MIN.	E
M	63	38	UFRJ	-	ABS
M	37	14	FMV/FESS	-	ABS
F	34	09	UGF	-	ABS
M	59	33	UFRJ	-	ABS
M	42	16	FMV/FEDAA	-	ABS

Quadro 3 (cont.)

SEXO	IDADE	TEMPO DE FORMADO	INSTITUIÇÃO DE ENSINO	ESPECIALIDADE	PENALIDADE
M	80	57	UFRJ	-	ABS
M	44	16	FMV/FESS	-	B
M	62	38	UFRJ	CIT./PATOL.	ABS
F	66	38	UFRJ	CIT./PATOL.	A
M	35	10	UGF	-	B
M	34	11	UGF	-	B
M	42	13	FMV/FESS	-	A
F	28	05	UFPB	-	C
M	51	22	UNI-RIO	GIN./OBST.	C
M	51	24	UERJ	-	ABS
F	35	04	FCMNI/SESNI	-	B
M	53	23	UNB	-	C
F	37	12	UGF	-	B
M	37	12	UERJ	-	B
M	46	06	FCMNI/SESNI	-	D
M	65	41	UFBA	CIR.PLAST.	ABS
M	34	08	UERJ	-	D
F	34	08	FCMNI/SESNI	-	ABS
F	68	44	UFRJ	-	A
M	45	20	FMP/FOG	GIN.OBST.	ABS
M	36	09	FMV/FESSA	-	ABS
M	41	14	UFRJ	-	E
M	59	33	FCMSCSP	-	B
M	44	20	FMV/FEDAA	-	C
M	79	55	UFRS	-	D
M	70	45	UFMG	-	E
M	43	14	EM/FTESM	-	B
M	44	17	UFF	-	C
M	56	28	UNI-RIO	-	E

Quadro 3 (cont.)

SEXO	IDADE	TEMPO DE FORMADO	INSTITUIÇÃO DE ENSINO	ESPECIALIDADE	PENALIDADE
M	58	14	FMT/FESO	-	C
M	46	21	UGF	-	D
M	51	24	UFF	-	C
M	46	20	UNI-RIO	-	E
F	48	17	UNB	-	ABS
M	48	19	UFF	-	ABS
F	40	14	UERJ	-	ABS
M	45	19	UFAL	-	C
M	42	15	FM/VITÓRIA	CIR.GERAL	B
M	38	13	UFF	CIR.GER/HOM.	ABS
M	58	30	UNI-RIO	-	C
M	39	14	UGF	-	ABS
M	46	18	UNI-RIO	-	ABS
M	43	18	UNI-RIO	CIR.GERAL	B
M	40	17	UERJ	OTORRIN.	B
M	47	09	FMV/FEDAA	-	A
M	49	23	UFRJ	-	ABS
F	43	19	FFCMPOA	-	ABS
M	36	10	UGF	-	C
F	30	06	FCMNI/SESNI	-	B
M	63	37	UERJ	-	B
M	35	11	UFRJ	-	ABS
M	42	13	UNI-RIO	-	B
F	32	08	FMV/FESS	-	ABS
F	42	14	FMP/FOG	-	ABS
M	53	29	UERJ	-	ABS
M	42	17	UFRJ	-	B
M	54	23	UFPA	GIN./OBST.	B
M	40	07	FMP/FOG	-	B
M	60	31	UFRJ	HEMATOL.	C

Quadro 3 (cont.)

SEX O	IDADE	TEMPO DE FORMADO	INSTITUIÇÃO DE ENSINO	ESPECIALIDADE	PENALIDADE
M	47	21	EMSP/FBDM	CIR./PEDIAT.	ABS
M	43	13	FMP/FOG	-	A
M	40	15	FAC. ESTRANGEIRA	-	ABS
F	52	28	UFRS RIO	-	D
M	41	13	UNI-RIO	-	A
M	48	22	UNI-RIO	ANESTESIOLOGIA	B
M	31	05	EM/VITÓRIA	-	ABS
M	69	44	UFF	-	C
M	46	19	FUAM	-	B
F	41	17	UFRJ	-	B
F	39	15	UNI-RIO	GIN./OBST.	B
M	48	21	FMC/FBPN	-	D
M	44	19	FMV/FEDAA	-	C
M	52	27	UFRJ	-	C
M	36	12	UFRJ	ORT./TRAUM.	B
M	49	23	UERJ	-	ABS
F	49	11	ECMVR/FOA	-	ABS
F	31	08	UGF	-	ABS
M	52	25	UNI-RIO	CIR.GER/CAN.	ABS
M	60	16	FMC/FBPN	-	ABS
M	48	18	FMC/FBPN	-	D
M	46	21	UFF	-	B
M	32	07	UFF	-	ABS
M	41	17	UERJ	INFECT.	ABS
F	58	18	FMV/FESS	INFECT.	ABS
M	41	17	EM/FTESM	-	C
M	66	42	UFRJ	-	C
M	39	08	FMT/FESO	-	DILIGEN.
M	37	14	FMT/FESO	-	DILIGEN.

Quadro 3 (cont.)

SEX O	IDADE	TEMPO DE FORMADO	INSTITUIÇÃO DE ENSINO	ESPECIALIDADE	PENALIDADE
M	41	14	FMT/FESO	-	DILIGEN.
F	38	14	FMT/FESO	-	ABS
M	70	44	UNI-RIO	-	ABS
M	60	36	UFRJ	-	C
F	53	27	UFRJ	-	E
M	63	37	UFF-RIO	-	C
M	44	20	FMV/FEDAA	-	C
F	34	09	UGF	-	ABS
M	70	45	UERJ	-	C
M	59	31	UNI-RIO	-	E
F	30	04	UFRJ	-	ABS
F	37	07	EM/FTESM	-	ABS
F	40	14	UERJ	-	ABS
M	39	14	UFRJ	-	B
M	37	10	UFRN	-	C

Fonte: Cremerj, 1993

* Julgamentos realizados até março de 1993.

Quadro síntese sobre as especialidades

TOTAL DE MÉDICOS: 154
TOTAL DE MÉDICOS COM ESPECIALIDADE REGISTRADA: 34 (22,1%)
SEM INFORMAÇÃO: 120
GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA: 14 (43,7%)
CIRURGIÕES: 11 (34,3%)

Fonte: Cremerj, 1993

ANEXO 4

MÉDICOS CASSADOS

Tabelas e gráficos

TABELA 12

**Distribuição por sexo e idade dos nove médicos condenados com a
pena máxima pelo Conselho Regional de medicina do Estado
do Rio de Janeiro no período de 1988 a 1993 ***

IDADE	SEXO		TOTAL
	HOMEM	MULHER	
DE 31 A 40 ANOS	1	-	1
DE 41 A 50 ANOS	3	-	3
DE 51 A 60 ANOS	2	1	3
DE 61 A 70 ANOS	2	-	2
TOTAL	8	1	9

Fonte: Cremerj, 1993

TABELA 13

Distribuição por tempo de formado e tipo de instituição de ensino dos nove médicos condenados com a pena máxima pelo Conselho Regional de medicina do Estado do Rio de Janeiro no período de 1988 a 1993 *

TEMPO DE FORMADO	INSTITUIÇÃO DE ENSINO		TOTAL
	PÚBLICA	PRIVADA	
MENOS DE 10 ANOS	-	1	1
DE 11 A 20 ANOS	3	-	3
DE 21 A 30 ANOS	2	-	2
MAIS DE 30 ANOS	3	-	3
TOTAL	8	1	9

Fonte: Cremerj, 1993

TABELA 14

**Distribuição por especialidades dos nove médicos condenados com a
pena máxima pelo Conselho Regional de medicina do Estado
do Rio de Janeiro no período de 1988 a 1993 ***

ESPECIALIDADES	NÚMEROS DE MÉDICOS
PEDIATRIA	2
CIRURGIA GERAL	2
OBSTETRÍCIA	1
CLÍNICA GERAL	1
PSIQUIATRIA	1
SEM INFORMAÇÃO SOBRE ESPECIALIDADE	2
TOTAL	9

Fonte: Cremerj, 1993

* Julgamentos realizados até março de 1993.

TABELA 15

**Distribuição por tipo de infração dos nove médicos condenados com a
pena máxima pelo Conselho Regional de Medicina do Estado
do Rio de Janeiro no período de 1988 a 1993 ***

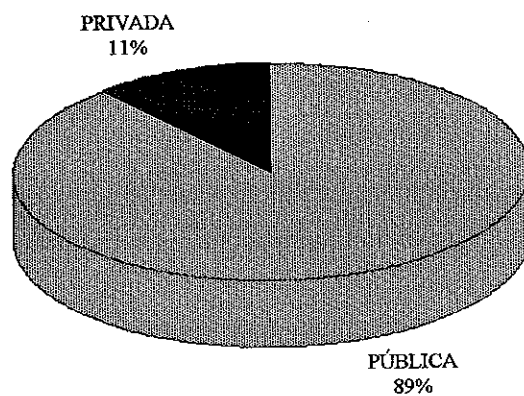
TIPO DE INFRAÇÃO	NÚMERO DE MÉDICOS
FORNECIMENTO DE ATESTADO DE ÓBITO	5
IMPERÍCIA/ NEGLIGÊNCIA	3
CONIVÊNCIA COM PRÁTICA DE TORTURA	1
TOTAL	9

Fonte: Cremerj, 1993

* Julgamentos realizados até março de 1993.

GRÁFICO 2

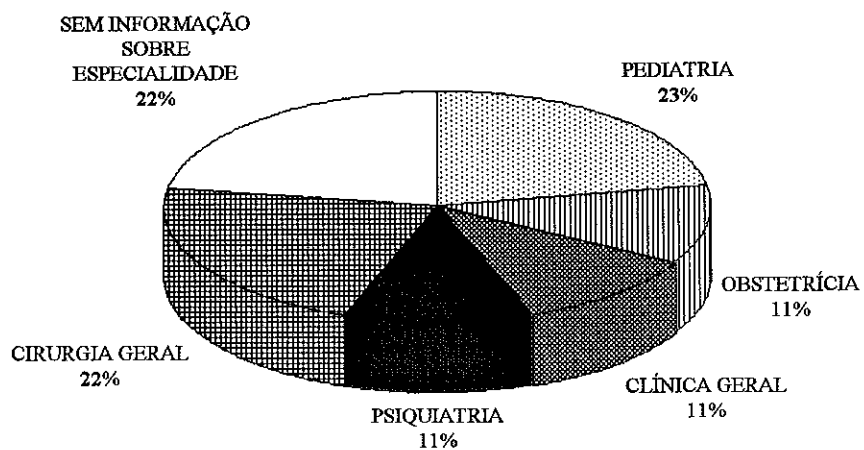
Médicos condenados à pena máxima por tipo de instituição de ensino no período de 1988 a 1993



Fonte: Cremerj, 1993

GRÁFICO 3

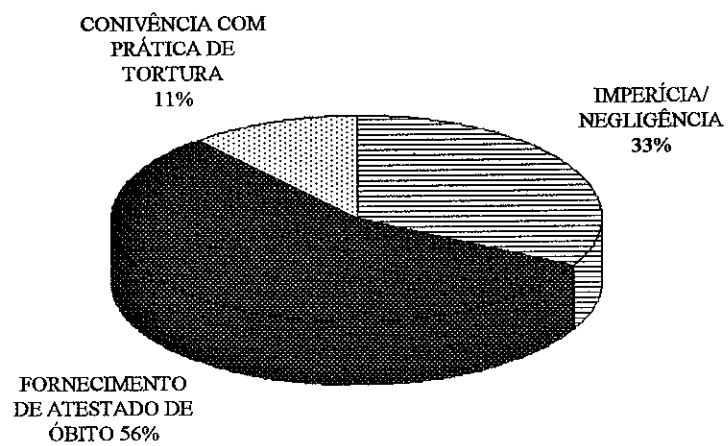
**Médicos condenados à pena máxima por tipo de especialidade médica
no período de 1988 a 1993**



Fonte: Cremerj, 199.

GRÁFICO 4

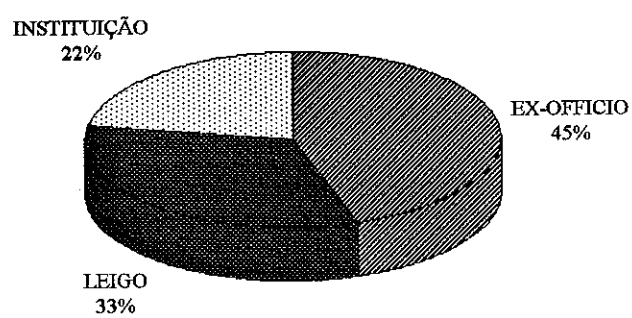
**Médicos condenados à pena máxima por tema da infração
no período de 1988 a 1993**



Fonte: Cremerj, 1993

GRÁFICO 5

**Médicos condenados à pena máxima por tipo de denunciante
no período de 1988 a 1993**



Fonte: Cremerj, 1993

ANEXO 5

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

■
LEGISLAÇÃO
DOS CONSELHOS
DE MEDICINA

1988



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Diretoria

Presidente

Laerte Andrade Vaz de Melo

Vice-Presidente

Maria Thereza Guimarães Palacios

Primeiro-Secretário

Antonio de Oliveira Albuquerque

Segundo-Secretário

Sérgio Lúcio de Miranda

Tesoureiro

Jorge Farha

Membros Efetivos

Acyrso Peixoto de Souza Filho, Eros Sucena Martins Teixeira, Jorge Alberto Coelho, Crescêncio Antunes da Silveira Neto, Eduardo Luiz Arguelles de Souza, Gerson Rodrigues do Lago, Hésio de Albuquerque Cordeiro, Gilson Maurity Santos, Antonio de Oliveira Albuquerque, Lourival Ferreira Braz, Laerte Andrade Vaz de Melo, Maria Thereza Guimarães Palacios, Miguel Olímpio Cavalcanti, Ana Maria Cantalice Lipke, Reinaldo Coirim Nogueira da Cruz, Ricardo de Carvalho Ribeiro, Roberto Domingos Gabriel Chabo, Maria Alice Gonsende Werneck Genofre, José Eberienos Assad, Walter Maíns Costa Vaz e Jorge Farha.

Delegado Efetivo

Sérgio Lucio de Miranda

Membros Suplentes

Roberto Luiz de Magalhães, Eraldo Bulhões Martins, Evandro Costa da Silva Freire, Maurício Viegas de Miranda, Isaac Majer Roitman, Eduardo Augusto Bordallo, Jorge Luiz do Amaral, José Gomes Temporão, Franklin Rubinstein, Julius Martins Teixeira, Oswaldo Nazareth Pinto de Carvalho, Pedro Abdalla, Pedro Henrique de Franca Miranda, Marcelo Barbosa Gonzaga, Sávio Silva Santos e Vivaldo de Lima Sobrinho.

Delegado Suplente

Edson Barbosa

Revisão, Diagramação, Arte-Final, Fotocomposição, Fotolito e Impressão — Setor de Comunicação Social do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

CREMERI — Praça Mahatma Gandhi, 2.1.001 —

Centro, RJ. CEP 20018. Telefone: 220-6420

Tragam: 5 mil exemplares

Março de 1988

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

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, impõe-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 infração do presente Código e 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 de 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

Art. 1.º — A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 2.º — 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.

Art. 3.º — 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.

Art. 4.º — Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.

Art. 5.º — O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Art. 6.º — 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 exterminio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

Art. 7.º — 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.

Art. 8.º — 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.

Art. 9.º — A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio.

Art. 10 — O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

Art. 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.

Art. 12 — O médico deve buscar a melhor adequação do trabalho ao ser humano e a eliminação ou controle dos riscos inerentes ao trabalho.

Art. 13 — O médico deve denunciar às autoridades competentes quaisquer formas de poluição ou deterioração do meio ambiente, prejudiciais à saúde e à vida.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 17 — O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 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.

Art. 19 — O médico deve ter, para com os seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão 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:

Art. 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.

Art. 21 — Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 25 — Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição.

Art. 26 — Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

Art. 27 — Dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional reco-

mendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente.

Art. 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:

Art. 29 — Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 30 — Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 31 — Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 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.

Art. 33 — Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou efetivamente.

Art. 34 — Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 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.

Art. 36 — Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.

Art. 37 — Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.

Art. 38 — Acumular-se com os que exercem ilegalmente a Medicina, ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos.

Art. 39 — Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receitas, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 40 — Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos responsáveis, às autoridades e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 41 — Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 42 — Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.

Art. 43 — Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.

Art. 44 — Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Art. 45 — Deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações, no prazo determinado.

Capítulo IV Direitos Humanos

É vedado ao médico:

Art. 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.

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

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

Art. 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.

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

Art. 51 — Alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em greve 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.

Art. 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.

Art. 53 — Desrespeitar o interesse e a integridade de 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.

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

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

Capítulo V Relação com Pacientes e Familiares

É vedado ao médico:

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

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

Art. 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.

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

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

Art. 61 — Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1.º — 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 continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2.º — 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 o sofrimento físico ou psíquico.

Art. 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.

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

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

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

Art. 66 — Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a

vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.

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

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

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

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

Art. 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 Órgãos e Tecidos

É vedado ao médico:

Art. 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.

Art. 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.

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

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

Capítulo VII Relações Entre Médicos

É vedado ao médico:

Art. 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.

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

Art. 78 — Posicionar-se contrariamente a movimentos legítimos da categoria médica, com a finalidade de obter vantagens.

Art. 79 — Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Art. 80 — Praticar concorrência desleal com outro médico.

Art. 81 — Alterar prescrição ou tratamento de 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.

Art. 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.

Art. 83 — Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico do paciente, desde que autorizado por este ou seu responsável legal.

Art. 84 — Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade, ao ser substituído no final do turno de trabalho.

Art. 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:

Art. 86 — Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive através de convênios.

Art. 87 — Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados.

Art. 88 — Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários.

Art. 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 local.

Art. 90 — Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo provável dos procedimentos propostos, quando solicitado.

Art. 91 — Firmar qualquer contrato de assistência médica que subordine os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 94 — Utilizar-se de instituições públicas para execução de pro-

cedimentos médicos em pacientes de sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

Art. 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.

Art. 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 outros artifícios.

Art. 97 — Reter, a qualquer pretexto, remuneração de médicos e outros profissionais.

Art. 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.

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

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

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

Capítulo IX Segredo Médico

É vedado ao médico:

Art. 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. Nesta hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

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

Art. 104 — Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em arti-

gos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas.

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

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

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

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

Art. 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:

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

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

Art. 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 direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração dos honorários.

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

Art. 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.

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

Art. 116 — Expedir boletim médico falso ou tendencioso.

Art. 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:

Art. 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.

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

Art. 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.

Art. 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 observações para o relatório.

Capítulo XII Pesquisa Médica

É vedado ao médico:

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

Art. 123 — Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado o 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.

Art. 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.

Art. 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.

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

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

Art. 128 — Realizar pesquisa médica em voluntários, sadios ou não, que tenham direta ou indiretamente dependência ou subordinação relativamente ao pesquisador.

Art. 129 — Executar ou participar de pesquisa médica em que haja necessidade de suspender ou deixar de usar terapêutica consagrada e, com isso, prejudicar o paciente.

Art. 130 — Realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em paciente 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:

Art. 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.

Art. 132 — Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional, ou de conteúdo inverídico.

Art. 133 — Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por órgão competente.

Art. 134 — Dar consulta, diagnóstico ou prescrição por intermédio de qualquer veículo de comunicação de massa.

Art. 135 — Anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade para a qual não esteja qualificado.

Art. 136 — Participar de anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 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.

Art. 138 — Utilizar-se, sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, de dados, informações ou opiniões ainda não publicados.

Art. 139 — Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 140 — Falsear dados estatísticos ou deturpar sua interpretação científica.

Capítulo XIV Disposições Gerais

Art. 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.

Art. 142 — O médico está obrigado a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

Art. 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.

Art. 144 — As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 145 — O presente Código entra em vigor na data de sua publicação e revoga o Código de Ética Médica ("DOU", de 11/1/65), o Código Brasileiro de Deontologia Médica (Resolução CFM n.º 1.154 de 13/4/84) e demais disposições em contrário.