



UNIVERSIDADE DO PORTO



FACULDADE DE MEDICINA

PRINCÍPIOS BIOÉTICOS NA PRÁTICA MÉDICA NO BRASIL: construindo um perfil do profissional da medicina a partir dos processos ético-disciplinares julgados (período 2010-2016), com base no atual Código de Ética Médica

GISELLE CROSARA LETTIERI GRACINDO

Tese de Doutoramento em Bioética para a obtenção do grau de Doutor em Bioética, sob a orientação do Professor Doutor Rui Nunes.

2º. PROGRAMA DOUTORAL EM BIOÉTICA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO - FMUP/PORTUGAL
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM/BRASIL

2018

Giselle Crosara Lettieri Gracindo

PRINCÍPIOS BIOÉTICOS NA PRÁTICA MÉDICA NO BRASIL: construindo um perfil do profissional da medicina a partir dos processos ético-disciplinares julgados (período 2010-2016), com base no atual Código de Ética Médica

Tese de Doutoramento em Bioética, submetida à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Orientador:
Professor Doutor Rui Nunes

Coorientador:
Professor Doutor Valdiney Veloso Gouveia

Porto – 2018
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

AGRADECIMENTOS

À Entidade de Fiscalização Profissional da Ética Médica no Brasil, Conselho Federal de Medicina, que devo todos os meus conhecimentos profissionais, entidade que atuo como assessora jurídica desde 1994. A minha atuação nesse cargo me proporcionou verificar a importância da pesquisa do perfil dos médicos infratores da ética médica como objeto de estudo sistemático do comportamento perspectivo a luz dos valores e princípios morais, no sentido de provocar a reflexão da entidade fiscalizadora sobre a necessidade de prevenção dos erros médicos e a necessidade de estimular ainda mais e, desde a graduação em Medicina, o ensino das normas éticas que visem à formação de profissionais mais comprometidos com a prática médica.

Certo é que concluindo meu doutoramento, já na fase dos agradecimentos, muitos momentos se passaram como um “flash” nos meus pensamentos. Ao longo da caminhada da tese, pessoas que menos esperei me dedicaram sua atenção, conhecimentos e palavras de apoio, como também expressaram o quanto se sentiam prestigiados e felizes com a minha determinação em iniciar e cumprir uma missão tão importante. Isso me fez seguir, vencendo os tantos obstáculos que vieram. Não citarei nomes, tenho certeza que todos sabem o quanto foram e são importantes para o término dessa caminhada.

O meu agradecimento a todos farei em nome de minha mãe, mulher de bases sólidas e éticas. Obrigada Suzilei!

Nomeação do Júri da Prova de Doutoramento de

- GISELLE CROSARA LETTIERI GRACINDO -

Programa Doutoral em *Bioética*

Nos termos do disposto do n.º 2 do art.º 18.º do Regulamento dos Terceiros Ciclos de Estudos da Universidade do Porto, a seguir se publicita o júri de doutoramento em Bioética, da licenciada Giselle Crosara Lettieri Gracindo, nomeado por despacho vice-reitoral de 12 de outubro de 2018, com a tese “Princípios Bioéticos na Prática Médica no Brasil: construindo um perfil do profissional da medicina a partir dos processos ético-disciplinares julgados (período 2010-2016), com base no atual Código da Ética Médica.”:

Presidente: Doutor Francisco Fernando da Rocha Gonçalves, professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

VOGAIS: Doutor Rui Manuel Lopes Nunes, professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e orientador da tese;

Doutora Helena Maria Matias Pereira Melo, professora associada da Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa;

• Doutora Stela Marcos de Almeida Neves Barbas, professora associada da Universidade Autónoma de Lisboa;

Doutora Guilhermina Maria da Silva Rêgo, professora auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

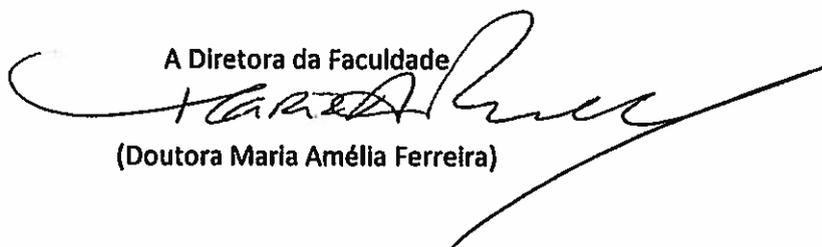
Doutora Ivone Maria Resende Duarte, professora auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

Doutor Miguel Bernardo Ricou da Costa Macedo, professor auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

• Doutora Natália Maria Paiva de Oliva Teles, Investigadora Principal do Centro Hospitalar do Porto.

Serviço Académico, 15 de outubro de 2018.

A Diretora da Faculdade



(Doutora Maria Amélia Ferreira)

RESUMO

O Código de Ética Médica ao visar garantir que o médico tenha absoluto respeito por seus pacientes e atue sempre em seu benefício, permite evitar a causar sofrimento físico e moral, assim como, assegurar a integridade e a dignidade dos que são por ele atendidos. Apesar do cuidado do Código em ditar regras efetivas para o bom desempenho profissional, com aplicação de penalidade com o fim de evitar o cometimento de novos delitos, o número de casos de violações dos preceitos éticos da medicina vem crescendo ano após ano. Sendo assim, a presente tese teve como objetivo delinear o perfil do profissional da medicina no Brasil, a partir do envolvimento em processos disciplinares, considerando, sobretudo, os artigos e as penalidades mais reincidentes nos julgamentos do Tribunal Superior de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, no período de 2010 a 2016, além de destacar o desrespeito aos princípios bioéticos, os quais foram premissas para a construção dos atuais preceitos éticos. O percurso metodológico teve como base, inicialmente, a pesquisa bibliográfica e documental, posteriormente complementada pela pesquisa de campo. Por esta razão, a primeira etapa do estudo comportou a apresentação do marco teórico acerca dos princípios bioéticos referenciados pela literatura específica, com destaque para questões ligadas a não maleficência, beneficência, autonomia e justiça. Seguiu-se pela inclusão de dados histórico-sociais relacionados às características da profissão médica, bem como funções, especialidades, atributos e demografia médica. A segunda etapa comportou um estudo empírico, valendo-se da base de dados dos processos ético-profissionais extraídos do Pleno do Tribunal de Ética Médica, do Conselho Federal de Medicina. Esta base compreendia processos ético-disciplinares julgados em grau de recursos, denominados Recurso e Remessa, julgados no período de 2010 a 2016. O resultado da pesquisa mostrou que entre os médicos envolvidos, a maioria é do sexo masculino (88,5%), com idade média de 59,9 anos (DP = 11,62), na faixa etária de 56 a 65 anos, no momento em que seus casos foram julgados. Destacou-se também percentual elevado dos profissionais citados nos processos, como provenientes da região Sudeste do país (50,89%), atuantes na área da especialidade obstetrícia e ginecologia (19,1%). A punição mais recorrente foi a cassação do exercício profissional (37,6%). Os atos infringidos, segundo processos com índices mais elevados de punição, envolveram a imperícia, a imprudência e a negligência (18,49%) e a publicidade (13,01%), sendo destaque, nos processos analisados, os artigos 18 e 1º do Código de Ética Médica como as infrações mais recorrentes, que referem-se, respectivamente, a desobediência das resoluções gerais dos Conselhos de Medicina (7,33%), e a ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência, que causa dano ao paciente (8,19%). Considerando os dados levantados, tanto de ordem teórica, quanto da pesquisa empírica concluiu-se que: o número de médicos punidos não foi expressivo em comparação ao número de inscritos; a preocupação com os princípios da Bioética fez-se presente nas decisões dos recursos e remessas do Pleno do Tribunal de Ética Médica, do Conselho Federal de Medicina, em face dos princípios da não maleficência, beneficência, autonomia e justiça, contemplados nos artigos do Código de Ética Médica, de 2009, a reger a profissão na realidade brasileira. Evidencia-se também em relação ao perfil de profissionais da área de atuação em psiquiatria, enquanto subgrupo pesquisado, que a idade média na data da prática do ato é de 49,85, em média 31,28 anos de formados na data do julgamento e todos do sexo masculino. Do total, 57,1% complementaram seus estudos com especializações, após o fato que originou o processo ético. A punição mais recorrente foi a cassação do exercício profissional, atingindo o percentual de 42,9%, com maior infringência aos artigos 30 e 40 do Código de Ética Médica. Ao analisar as características da profissão médica acerca de vida profissional, mercado de trabalho, remuneração, migração, saúde dos médicos, especialização, entre outros fatores, este estudo permitiu considerar as dificuldades que o profissional médico brasileiro vem enfrentando, face à precariedade do Sistema de Saúde no país, embora seja apontado que tais dificuldades não se justificam como “aceitáveis” para o cometimento das infrações éticas.

Palavras-chave: Bioética - princípios; Ética médica; Código de Ética; Conselho Federal de Medicina.

ABSTRACT

The medical ethics code aims to ensure that doctors have absolute respect for their patients and always act such that they benefit them. It makes it possible to avoid causing physical and mental distress and ensures integrity and dignity among their patients. Although effective rules for good professional conduct are carefully stated in the code, with penalties applied with the aim of avoidance of new infractions, the number of cases of violations of the ethical precepts of medicine has been increasing year by year. Thus, the present thesis had the objective of delineating the profile of medical professionals in Brazil, according to their involvement in disciplinary processes and especially regarding the articles of the code and penalties that featured most recurrently in judgments handed down by the Higher Tribunal of Medical Ethics of the Brazilian Federal Medical Council between 2010 and 2016. This thesis also aimed to highlight disrespect of the bioethical principals that formed the premises for construction of the current ethical precepts. The methodological process began with bibliographic and document searches and was subsequently complemented with field research. Thus, the first stage in this study consisted of presentation of the theoretical grounds for the bioethical principles that are referred to in the specific literature, highlighting issues relating to non-harm, benefit, autonomy and justice. This was followed by inclusion of historical-social data on the characteristics of the medical profession and its functions, specialties, attributes and demographics. The second stage consisted of an empirical study that used the database of professional ethics cases heard by the plenary body of the medical ethics tribunal of the Federal Medical Council. This database comprised disciplinary ethics cases that were judged at appeal level, classified as appeals or referrals, which were heard between 2010 and 2016. The investigation showed that among the doctors involved, most were male (88.5%), with a mean age of 59.9 years ($SD = 11.62$) and age range from 56 to 65 years at the time when their cases were judged. High percentages of the professionals indicted in these cases practiced medicine in the southeastern region of Brazil (50.89%) and practiced obstetrics and gynecology (19.1%). The commonest punishment was to strike them off the professional register (37.6%). The infractions in the cases with the highest punishments involved lack of expertise, imprudence and negligence (18.49%) and advertising (13.01%). The articles of the medical ethics code that were most violated among the cases analyzed were articles 18 and 1, which refer respectively to failure to comply with the general resolutions of the Medical Council (7.33%) and to acts or omissions that can be characterized as presenting lack of expertise, imprudence or negligence that cause harm to patients (8.19%). From the data gathered, both of theoretical and of empirical nature, the following conclusions were reached: the number of doctors punished was small in relation to the number registered; and concern for bioethical principles was present in the

decisions regarding the appeals and referrals heard by the plenary body of the medical ethics tribunal of the Federal Medical Council, in the light of the principles of non-harm, benefit, autonomy and justice that are expressed in the articles of the medical ethics code of 2009, which governs the medical profession in Brazil. It was also shown in relation to the profile of professionals practicing in the field of psychiatry (which was a subgroup investigated) that their mean age at the time of the infraction was 49.85 years and that at the time of the judgment, the mean time that had elapsed since graduation was 31.28 years; and that these professionals were all male. Among them, 57.1% complemented their studies through specializations after the act that originated the ethics case against them. The most recurrent punishment was to strike them off the professional register, which occurred in 42.9% of the cases, and the articles of the medical ethics code that were most violated were articles 30 and 40. Through analysis on the characteristics of the medical profession in relation to professional life, the job market, migration, doctors' health and specialization, among other issues, this study has made it possible to consider the difficulties that Brazilian medical professionals have been facing, given the precariousness of this country's healthcare system. Nonetheless, it needs to be noted that such difficulties cannot make it "acceptable" to commit ethics infractions.

Key words: Bioethics - principles; Medical ethics; Ethics code; Federal Medical Council.

ABSTRACT

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
PARTE 1 – MARCO TEÓRICO	22
1 PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA.....	23
1.1 NÃO MALEFICÊNCIA	37
1.2 BENEFICÊNCIA	39
1.3 AUTONOMIA	43
1.3.1 <i>Limites do princípio da Autonomia</i>	49
1.4 JUSTIÇA	55
1.4.1 <i>Justiça Distributiva</i>	58
2.PROFISSÃO MÉDICA: FUNÇÕES, ESPECIALIDADES E ATRIBUTOS.....	65
2.1 PAPEL SOCIAL DO MÉDICO	73
2.1.1 <i>Tecnicismo-Humanístico</i>	86
2.2 O MÉDICO E SEU TRABALHO	97
2.3 SAÚDE DOS MÉDICOS	125
PARTE 2 – A PESQUISA DE CAMPO	132
3. OS CAMINHOS DA PESQUISA	133
3.1 PERCURSO METODOLÓGICO.....	135
3.1.1 <i>Contextualização do campo investigado</i>	135
3.1.2 <i>Amostragem</i>	138
3.1.3 <i>Coleta de dados: procedimentos e instrumentos</i>	139
3.2 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	140
4. EM RELAÇÃO AOS MÉDICOS PSIQUIATRAS: ACHADOS E ANÁLISE DOS DADOS	147
4.1 <i>Amostra</i>	148
4.2 <i>Procedimento</i>	148
4.3 <i>Resultados</i>	148
4.4 <i>Discussão Parcial</i>	153
5. DISCUSSÃO GERAL	156
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	164
ALGUNS PONTOS SOBRE A BIOÉTICA E SUA RELAÇÃO COM O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA ...	164
O QUE A INVESTIGAÇÃO AINDA TEM A REVELAR.....	168
REFERÊNCIAS	175

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Grupos etários de médicos envolvidos em processos, de acordo com o gênero (n = 191 médicos)	141
Tabela 2. Número e percentual de processos médicos, por região brasileira e estado (n = 224 casos).	142
Tabela 3. Atos infringidos, segundo especialidades ou área de atuação médica (n = 146 processos/penalidades)	143
Tabela 4. Artigos infringidos do Código de Ética Médica, de 2009 (n = 146 processos/penalidades)	144
Tabela 5. Decisões proferidas pelo Conselho Federal de Medicina, segundo gênero (n = 224 processos/penalidades)	145
Tabela 6. Atos infringidos, segundo processos com índices mais elevados de punição (n = 146 processos/atos punidos)	146
Tabela 7. Relação entre o período de tempo desde que o médico se formou e os casos e penalidades (n = 7).	149
Tabela 8. Quantificação de artigos do código de ética médica que foram violados, entre 2010 e 2016	150
Tabela 9. Lista de punições nos sete casos	151

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Papel do médico na sociedade ocidental do Século XXI.....	84
Figura 2. Representação fotográfica do CFM.	137

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Relação entre a quantidade de tempo desde que o médico fez a graduação, casos e penalidades	149
Gráfico 2. Relação entre a idade média dos médicos, casos e penalidades.....	150
Gráfico 3. Porcentagem dos artigos infringidos pelos médicos no período de 2010 e 2016.	151
Gráfico 4. Porcentagem das penas impostas aos médicos no período de 2010 e 2016	152

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CC	Código Civil
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CEM	Código de Ética Médica
CEPEP	Código de Processo Ético-Profissional
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIOMS	Conselho para Organizações Internacionais de Ciências Médicas
CIUO	Classificação Internacional Uniforme de Ocupações
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CME	Comissão Mista de Especialidade
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNE/CES	Conselho Nacional de Educação/Conselho Educação Superior
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNPL	Confederação Nacional das Profissões Liberais
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COPRO	Coordenadoria de Processo
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRMPR	Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná

CP	Código Penal
CPDC	Código de Proteção de Defesa do Consumidor
CPT	Cobertura Parcial Temporária
DOU	Diário Oficial da União
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EBC	Empresa Brasileira de Comunicação
EE	Alta Exaustão Emocional
EMB	Embargos
DECL	Declaração
DJU	Diário de Justiça da União
DP	Alta Despersonalização
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GO	Ginecologia e Obstetrícia
HIAE	Hospital Israelita <i>Albert Einstein</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICP-Brasil	Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira
IBM	<i>International Business Machines</i>
IES	Instituto de Ensino Superior
IMB	International Business Machines
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC/MS	Ministério da Educação/Ministério da Saúde
MC-ED	Embargos de Declaração na Medida Cautelar
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

PETROBRAS	Petróleo Brasileiro S/A
PIB	Produto Interno Bruto
RA	Reprodução Assistida
RBEM	Revista Brasileira de Educação Médica
RE	Recurso Extraordinário
REMPEP	Remessa em Processo Ético-Profissional
RP	Baixa Realização Pessoal no Trabalho
RPEP	Recurso em Processo Ético-Profissional
SBB	Sociedade Brasileira de Bioética
SBRA	Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida
SIEM	Sistema Integrado de Entidades Médicas
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TSEM	Tribunal Superior de Ética Médica
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UCI	Unidade de Cuidado Intensivo
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

Aninha e suas pedras

*Não te deixes destruir...
Ajuntando novas pedras
e construindo novos poemas.
Recria tua vida, sempre, sempre.
Remove pedras e planta roseiras e faz doces. Recomeça.
Faz de tua vida mesquinha
um poema.
E viverás no coração dos jovens
e na memória das gerações que hão de vir.
Esta fonte é para uso de todos os sedentos.
Toma a tua parte.
Vem a estas páginas
e não entres seu uso
aos que têm sede.*

Cora Coralina

A ciência bioética norteou toda a minha vida profissional. Por muitos anos não tive tal percepção e, por certo, daqui alguns anos verei, mais ainda, a sua importância no meu contexto de trabalho. Ao longo dos meus já 24 anos no quadro de assessores jurídicos do Conselho Federal de Medicina (CFM), 18 anos coordenando todas as atividades jurídicas, participei da elaboração de diversas normas, em especial as denominadas resoluções, estruturadas à luz dos princípios bioéticos. Os temas dessas normas norteiam os direitos e deveres de médicos e pacientes, como a ortotanásia, os cuidados paliativos, a reprodução assistida, a doação e transplante de órgãos e tecidos, as doenças raras e negligenciadas, entre outros inúmeros assuntos que dispõem sobre as relações humanas, visando às ponderações nos conflitos, na atenção à saúde e no direito à vida, com ênfase à dignidade do ser humano e à sua autonomia, em uma conjuntura de convivência das liberdades, indispensáveis às melhores reflexões.

A ética médica e a bioética se entrelaçam, os Códigos de Ética Médica sempre se preocuparam em ditar preceitos reafirmando a importância dos padrões internacionais das conquistas humanas nas relações médico-paciente. Em dois desses Códigos, o de 1988¹ e o atual (2009)², tive a honra de contribuir, por meio dos quais vivenciei forte influência da bioética "principlista", introduzida por Beauchamp e Childress³, com destaque para os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Nos julgamentos dos processos ético-profissionais, analisando a parte processual e acompanhando todos os votos dos Conselheiros Federais que decidiram, com base nas infrações éticas, as penalidades dos médicos brasileiros, constatei a relevância em pesquisar dados com o objetivo de apurar o perfil dos médicos ali julgados, no sentido de auxiliar na melhora do atendimento médico no País, já com a certeza de que a capacitação da ciência bioética aos médicos é essencial para garantir uma assistência de qualidade e mais humanitária, inclusive na esfera das políticas de saúde.

Entendo que o não respeito aos princípios da bioética na prática médica no Brasil é assunto de extrema importância para a própria classe médica e, em especial, para a população brasileira. Isso porque, a quantidade de sindicâncias e de processos ético-profissionais instaurados nos Conselhos de Medicina, para apurar as infrações éticas, têm sido significativamente expressivas.

Embora a aplicabilidade da ética com base em princípios bioéticos seja uma realidade, não significa que os erros estejam diminuindo, ao contrário, vê-se um largo distanciamento entre a teoria e a prática.

No período entre 1988 e 2009, ou seja, aproximadamente nas últimas duas décadas, a estatística elaborada pela Coordenação de Processos – COPRO, do Conselho Federal de Medicina – CFM⁴ aponta tal constatação com o aumento de 3.679 processos nesse período. De 2010 a 2016, período que abrange a presente pesquisa, ingressaram mais 2.836 processos éticos para julgamento, totalizando 6.515 processos. No entanto, esse registro não é nada significativo em comparação ao número de médicos inscritos e ativos nos Conselhos de Medicina, que em 1988 era de 301.010 (trezentos e um mil e dez), em 2009 pontuou aproximadamente 330.694 (trezentos e trinta mil e seiscentos e noventa e quatro) e, em 2016 quase 436.573 médicos (quatrocentos e trinta e seis mil e quinhentos e setenta e três). Porém, qualquer quantidade de processo é sempre relevante por envolver danos ao paciente.

Segundo dados obtidos pela pesquisa “Demografia Médica no Brasil – 2015”⁵:

O crescimento exponencial do número de médicos no país já se estende por mais de 50 anos (...). De 1970, quando havia 58.994 registros, até 2015, o aumento foi de 633%. No mesmo período, a população brasileira cresceu 116%. Ou seja, o total de médicos nesses anos aumentou em maior velocidade do que o crescimento populacional⁵.

Ainda conforme a pesquisa, em 2015, a população brasileira foi estimada em 204.411.281 e os registros de médicos em 432.870.

Pesquisa atual da Demografia Médica de 2018 aponta que dos 414.831 médicos em atividade em 2017, 53,3% – mais da metade deles – entraram no mercado de trabalho depois do ano 2000, e que em 2017, eram 414.831 médicos e 451.777 registros de médicos⁶.

Já em janeiro de 2018, o Brasil passou a contar com 452.801 médicos, na razão de 2,18 médicos por mil habitantes, chegando o número de registros de médicos nos Conselhos Regionais de Medicina a 491.468. A diferença de 38.667 entre o número de médicos e o de registros refere-se às inscrições secundárias de profissionais registrados em mais de um estado da federação⁶.

Ocorre que muitas das infrações éticas são cometidas em desrespeito aos princípios bioéticos, quais sejam: o da não maleficência, da beneficência, da garantia à autonomia e da justiça, pois os artigos do Código de Ética Médica, de 2009 foram elaborados à luz de tais princípios que devem ser observados na maior medida possível dentro das possibilidades jurídicas e fáticas do atendimento médico⁷.

A partir de 1970, esses princípios tornaram-se base fundamental para o desenvolvimento da bioética e passaram a ditar uma forma peculiar de definir e manejar os valores envolvidos nas relações entre os profissionais de saúde e seus pacientes. A ampliação do campo, sobretudo

do início do século XX até o momento, é fruto da evolução do discurso formal da metaética e do método neopositivista.

Tanto é verdade, que o modelo de análise bioético, comumente utilizado e de grande aplicação na prática clínica, na maioria dos países, é o principialista, introduzido por Beauchamp e Childress,³ no ano de 1979. Para eles, os princípios bioéticos fundamentais são: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça.

É imprescindível também considerar que há uma série de concepções descritas nos códigos, em grande parte das profissões no Brasil como, por exemplo, a odontologia⁸ e a psicologia⁹, nos quais se fazem presentes princípios bioéticos referenciados pela visão “principialista”. Cumpre esclarecer que o princípio da não maleficência espelha que atitudes de generosidade e cooperação no trabalho em equipe, mesmo quando a atividade é exercida solitariamente em uma sala/consultório, fazem parte de um conjunto maior de atividades que dependem do bom desempenho do profissional, ressaltando o “dever” de, intencionalmente, não causar mal e/ou danos a seu paciente/cliente.

Outro ponto a ser destacado é que uma postura pró-ativa, ou seja, não ficar restrito apenas às tarefas que foram conferidas, mas contribuir para o engrandecimento do trabalho, mesmo que seja temporário, incute outro princípio, o da beneficência, que pressupõe ao profissional de saúde ir além da não maleficência (não causar danos intencionalmente), a exigir que contribua para o bem-estar dos pacientes, promovendo ações para prevenir e remover a doença e a incapacidade, bem como para fazer o bem, entendido aqui como a saúde física, emocional e mental.

Mais um marco de referência ética é o princípio da autonomia a traduzir que os indivíduos imbuídos e responsáveis pelas suas escolhas pessoais sejam tratados com respeito pela sua capacidade de decisão. As pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida. Nesse sentido, qualquer ato médico deve ser autorizado, de forma explícita e clara, pelo paciente. O quarto balizamento da bioética diz respeito ao princípio da justiça que, nesse contexto, visa garantir a distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços relacionados à saúde.

O Código de Ética Médica atual (2009/2010) e o anterior (1998) contêm em sua sistematização preceitos que contemplam a boa prática médica e, por consequência, neles estão inseridos os princípios da bioética. Assim, as decisões do Conselho Federal de Medicina nos processos ético-profissionais preconizam que a prática médica deve estar em sintonia com tais princípios, sob pena, de uma flagrante violação.

É claro que a interação médico/paciente, médico/médico e outras são influenciadas por vários fatores, dentre os quais, se destaca o contexto laboral que reflete, em muito, no desempenho técnico e moral da prática médica. Sob tal ótica, o desequilíbrio dessas interações exige a realização de reflexão mais aprofundada, para que se possa estabelecer condições de análise adequada, considerando a respeitabilidade dos princípios bioéticos pelos profissionais de saúde.

Embora seja possível constatar avanços no que concerne aos estudos no campo bioético e sua incorporação em propostas na esfera legal, há de se notar que muito ainda é preciso fazer no que concerne às questões ligadas ao exercício da medicina.

Daí a importância pela adoção de um olhar mais acurado por parte dos especialistas em assistência médico-sanitária brasileira, de modo a que estejam cada vez mais atentos às necessidades desses profissionais, sobretudo do ponto de vista formativo, assim como junto àqueles que carecem do serviço médico e de um atendimento a garantir sua dignidade.

Considerando os debates que vem sendo travados nas instâncias regionais e no âmbito federal dos conselhos, por conta do significativo crescimento dos processos infracionais por parte dos profissionais médicos, recorre-se a importantes autores em busca de aportes que tratam questões bioéticas e a relação com o direito médico e os códigos de ética, em dimensão mais alargada.

Dessa forma, imprescindível se faz que a sociedade como um todo, incluindo o poder público, instâncias jurídicas, entre outros, tomem a consciência da dimensão e dos impactos da instauração de processos junto aos médicos, no sentido de que se almeja uma sociedade cada vez mais democrática e respeitada.

Buscando desenvolver um trabalho investigativo à luz das contribuições de teóricos e importantes especialistas na temática em questão, complementado por dados obtidos pela pesquisa de campo, com o intuito de obter respostas frente aos reais dados que permitam traçar um perfil dos médicos envolvidos em processos éticos, bem como a natureza das infrações, com base no Código de Ética Médica – objeto deste estudo – é que me proponho a aprofundar e a discutir questões pertinentes a tal esfera.

O marco inicial escolhido compreende a vigência do atual Código de Ética Médica de 2009. É uma oportunidade que se abre para aprofundar o conhecimento sobre a atuação judicante dos conselhos de medicina brasileiros, em especial, o julgamento de processos ético-profissionais pelo Pleno do CFM, estabelecendo um quadro estatístico das penalidades mais aplicadas e os artigos do Código de Ética, infringidos em maior escala.

Tendo em vista a problemática apresentada, a presente tese tem o objetivo de construir um perfil do profissional da medicina no Brasil que desrespeitou os princípios da bioética previstos no Código de Ética da profissão, tendo sido julgado pelo Tribunal Superior de Ética Médica, no período de 2010 a 2016.

Considerando que o Código de Ética Médica encontra-se embasado em princípios bioéticos que representam, em muito, os anseios da sociedade contemporânea, pressupõe-se, como ponto fundamental, que os médicos para o seu exercício profissional adquiram não somente conhecimentos técnicos adequados, mas também competências e habilidades específicas na esfera da ética, o presente estudo tem como pergunta central:

Quais elementos compõem o perfil do profissional da medicina, a partir dos processos ético-profissionais julgados pelo Pleno do CFM, com base nos artigos infringidos do Código de Ética Médica?

Sendo assim, a composição estrutural do estudo em questão, apresenta-se em duas partes.

A primeira parte estabelece como marco teórico pontos de referência acerca dos princípios bioéticos encontrados na literatura específica, a saber: não maleficência, beneficência, autonomia e justiça, bem como apresenta as características do profissional médico, ao contemplar aspectos relacionados com suas funções, especialidades e atributos.

A segunda parte expõe estudo empírico, tendo por base levantamento efetuado junto aos processos ético-profissionais extraídos do Pleno do Tribunal de Ética Médica – TSEM do Conselho Federal de Medicina, no período de 2010 a 2016. Na atribuição de julgar os recursos interpostos relacionados com assuntos de natureza ética, o CFM funciona em sua composição e organização por meio de Pleno e de Câmaras, como Tribunal Superior de Ética Médica (TSEM), cabendo-lhe, em grau de recurso deliberar pela absolvição ou penalidades disciplinares impostas aos médicos pelos referidos Conselhos Regionais, penalidades que vão de advertência confidencial em aviso reservado até a cassação do exercício profissional. A competência do TSEM está disciplinada em resoluções do CFM e na lei de criação dos Conselhos de Medicina.

PARTE 1 – MARCO TEÓRICO

1 PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA

A palavra bioética (*bio + ethik*) foi empregada pela primeira vez em um artigo escrito por Fritz Jahr (1927)¹⁰, publicado no periódico alemão *Kosmos*. Conforme o autor, a bioética se caracteriza como uma preocupação ética que vai além dos seres humanos, alcançando, ainda, todos os seres vivos. Esta proposição de Jahr (1927) tem por base o argumento do “imperativo bioético”, qual seja, o objetivo de respeitar todos os seres vivos essencialmente como um fim em si mesmos e tratá-los, se possível, como tal. Este artigo antecipa em mais de quatro décadas o surgimento do termo bioética.

Durante muito tempo, a criação do termo bioética foi creditada ao bioquímico norte-americano Van Rensselaer Potter, da Universidade de Wisconsin. No ano de 1970, Potter lançou o artigo *Bioethics, the Science of Survival* (1970)¹¹. Em outra produção, Potter (1971)¹² estabeleceu a bioética como um conector a ligar as ciências com a humanidade, o que garantiria uma possibilidade de futuro ou sobrevivência. Mais tarde, Potter (1988)¹³ atribuiu à bioética um caráter interdisciplinar e global, em um alargamento da concepção da área de estudo. O desafio era retomar o foco original da bioética, mediante uma agenda de pesquisas mais aprofundadas para atender questões e discussões relacionadas à medicina e à saúde, porém, sem restringir importantes desafios temáticos, como por exemplo, as demandas ambientais. Potter (1988) também destacou a inovação ética na ciência, a partir do senso de potencialidade humana, uma combinação de princípios e valores interdisciplinares e culturais denominados de bioética profunda. (*deep bioethics*).

Além disso, há uma versão paralela, de origem holandesa, lançada seis meses após a obra de Potter (1970), em que o médico obstetra Andre Hellegers, da Universidade de *Georgetown*, incluiu a um novo centro de estudos, o termo “bioética”, nominando – o “*Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*”, atualmente, conhecido como *The Kennedy Institute of Ethics*. Para Andre Hellegers, o termo “bioética” tinha sentido mais amplo, e o empregou para representar a ética da medicina e da biologia¹⁴.

Em relação ao nascimento da bioética, pesquisas recentes deslocam a data de 1970 (atribuída à Potter), para 1927, ao destacar Fritz Jahr, na Alemanha, como autor dos primeiros escritos sobre tal temática. Reforça-se tal dado histórico tomando como referência o artigo: “As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr”, de Pessini (2013)¹⁴, no qual menciona o livro de Muzur e Sass “*Fritz Jahr and the foundations of global*

bioethics: the future of integrative bioethics”¹⁵. Esta obra foi divulgada no 8º. Congresso Internacional de Bioética Clínica, realizado em São Paulo, Brasil (16 a 19 de maio de 2012).

Em 1926 -1927, o teólogo protestante e pastor de *Halle (Saale)*, Fritz Jahr definiu o conceito europeu de bioética em um sentido amplo, conforme mencionado em seu artigo intitulado: *Wissenschaft von Leben und Sittenlehre*, no *Journal Die Mittelschule*¹⁶. O autor estabeleceu uma relação entre ética e ciência ao defender a introdução de valores morais para a educação científica na escola. Em 1927, Jahr aprofundou esse conceito no *Journal Kosmos*¹⁰ afirmando tratar-se de uma obrigação moral não só em relação aos seres humanos, mas a todos os seres vivos, expressando-o como um imperativo. Tal imperativo “bioético” afirma que todas as formas de vida, incluindo animais e plantas, devem ser tratadas como fins em si mesmas, tanto quanto possível, como exigido por Kant, quando referido aos seres humanos. Apenas no século XXI é que o trabalho de Fritz Jahr recebeu análise e avaliação apropriadas. Hoje, a abordagem de Jahr é considerada uma mudança de paradigma fundamental na ciência e uma contribuição inovadora para bioética.

Apesar de breve relato sobre a origem da “bioética”, enquanto campo de reflexão e de investigação, torna-se importante abordar a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) como um período que desencadeou o crescimento de questões dessa área de estudo em dimensão internacional. Experiências e práticas médicas foram realizadas de forma desumana, como, por exemplo, pesquisas em seres humanos distantes de considerar qualquer procedimento ético, o que resultou em elementos suficientes e incontestes para a elaboração do Código de Nuremberg (1947)¹⁷, o qual expressou um conjunto de princípios éticos para reger pesquisas em seres humanos.

Na história da bioética, é também de relevância capital considerar a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), aprovada em 1948¹⁸ e traduzida em mais de 360 países, que serviu de base para diversos processos constitucionais, reconhecendo direitos inerentes à dignidade humana a todas as pessoas, como também, o direito à igualdade, liberdade, além de repudiar todo tipo de discriminação, de qualquer natureza, conforme excertos dos artigos iniciais:

- Art. 1º Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. (...);
- Art. 2º Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração (...);
- Art. 3º Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal¹⁸.

Outro importante instrumento foi aprovado em 1964, na Assembleia Médica Mundial: a Declaração de *Helsinki*¹⁹, documento este fundamental para a bioética, pois aborda como missão do médico resguardar a saúde do povo através de princípios básicos para a pesquisa clínica, adaptando tais questões aos princípios morais e científicos. Tal declaração estabelece que o pesquisador obtenha o consentimento livre e totalmente esclarecido dos pacientes para as pesquisas em pessoas humanas, além de outras atribuições relevantes.

Em outubro de 2005, a Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) adotou por aclamação a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)²⁰ em que, pela primeira vez na história da bioética, os Estados-membros e a comunidade internacional comprometeram-se a respeitar e aplicar os princípios fundamentais da bioética condensados em um texto único. Esta declaração apresenta em seus princípios, regras que norteiam o respeito pela dignidade humana e pelas liberdades fundamentais, haja vista tratar de questões éticas suscitadas pela medicina, ciências da vida e tecnologias associadas na sua aplicação aos seres humanos, reconhecendo, ainda, a interligação entre ética e direitos humanos.

Já no contexto brasileiro, a bioética, de fato, foi consolidada na década de 1990. No entanto, o primeiro documento oficial do Brasil sobre pesquisa em seres humanos tenha sido lançado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), instituído pela Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937²¹. Apenas, na última década do século XX é que o pensamento bioético e posturas dele decorrentes tornaram-se mais amplamente, objeto de debates e reflexões. Anteriormente, esse documento funcionava como instrumento do órgão consultivo do Ministério da Saúde, mais tarde, passou por algumas regulamentações, até que durante os anos 1990 ganhou novas atribuições, a partir do Decreto n. 99.438 de 07/08/1990²², posteriormente revogado pelo Decreto n. 5.839, de 11/07/2006²³.

O primeiro documento a tratar questões de ordem bioética foi a Resolução n. 1, do CNS, de 13 de junho de 1988²⁴, que buscou regulamentar normas de pesquisa em saúde e estabelecer aspectos éticos dessas pesquisas. Evidenciou também, a necessidade do consentimento prévio dos participantes, que deveriam ser informados, com clareza, dos objetivos, dos métodos, dos benefícios e dos eventuais incômodos e perigos que poderiam sofrer ao participarem de pesquisas. Mesmo a área de estudos da bioética sendo nova no Brasil, nota-se, a partir da década de 1980, preocupação expressa em textos, em relação aos direitos e esclarecimentos dos

participantes em pesquisas, com base na Declaração de Helsinque, uma vez que esta aponta a necessidade do consentimento livre, informado e prévio.

Posteriormente, a Resolução n. 1 do CNS foi revogada e substituída pela Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996²⁵, do mesmo Conselho, atualmente vigente pela Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012²⁶. A referida Resolução tem como fundamentos significativos documentos nacionais e internacionais importantes, com destaque para: o Código de Nuremberg (1947), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Declaração de Helsinque (1964 e versões posteriores) e as Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos (CIOMS/OMS, 1993)²⁷, dentre outros.

A Resolução n. 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, considerou com ênfase os princípios bioéticos, incorporando entre seus referenciais básicos, os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Atribuiu destaque também, ao consentimento livre e esclarecido exigido em pesquisa pelo respeito à dignidade humana. Destacou ainda, a importância de que todas as pesquisas envolvendo seres humanos devem ser submetidas à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, e criou a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS)²⁵. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) está diretamente ligada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ela foi criada pela Resolução do CNS 196/96, como uma instância colegiada, de natureza consultiva, educativa e formuladora de diretrizes e estratégias no âmbito do Conselho.

Há de se considerar que, apesar de estudos mais aprofundados em bioética no Brasil terem ocorrido tardiamente, os avanços nesta área foram devidos a um conjunto de ações de instituições engajadas em desenvolvimento de pesquisas e normas, expressando a importância dos princípios bioéticos e a dignidade humana.

A institucionalização da área no país buscou reverter um quadro de atraso em pesquisas e procedimentos se considerados com o contexto internacional. A PUC/RS instituiu o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos em 1990, e desde 1996 passou a funcionar como Comitê de Ética em Pesquisa, no Hospital Universitário e na Faculdade de Medicina. O Conselho Federal de Medicina passou a editar a revista *Bioética* a partir de 1993, em que dedicou sua primeira edição ao estudo da relação entre Aids e Bioética²⁸. Em 2015, o CFM recomendou a criação, o funcionamento e a participação dos médicos nos Comitês de Bioética

(Recomendação CFM n. 8/2015)²⁹ e firmou um Convênio de Doutorado com a Universidade do Porto, Portugal visando formação da ciência Bioética aos médicos brasileiros.

A Cátedra UNESCO de Bioética, da Universidade de Brasília (UNB), foi criada em 1994. Em 1995, foi constituída a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). A Comissão de Bioética do Hospital das Clínicas – FMUSP foi criada em 1996. Ademais, em 1989 foi criada a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Há muitas outras conquistas no campo da bioética, como o Centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), difundidos pelo país.

Paralelamente, a saúde no Brasil ganhou destaque na Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988³⁰, passando a ser considerada um bem público, garantindo a todo cidadão o acesso livre e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação conforme expresso no Art. 196³⁰. Além disso, a Constituição assegura o direito do exercício privado da prestação de serviços na área de saúde, cabendo ao Estado sua regulação.

Constituição, Declaração de Direitos Humanos e o Código de Ética Médica

Por sua vez, em sintonia com os ditames da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)¹⁸ e com vistas a garantir uma assistência humanitária e integral à saúde e o respeito ao paciente, sem quaisquer restrições, acelerou-se a evolução dos preceitos éticos das obrigações e direitos dos médicos brasileiros.

Martin (2002)³¹ retrata em seu livro “Os direitos humanos nos códigos brasileiros de ética médica: ciência, lucro e compaixão em conflito” que:

[...] claro que nem todos os artigos da Declaração Universal dos Direitos Humanos têm o mesmo impacto sobre os códigos brasileiros de ética médica, mas alguns são facilmente reconhecíveis nos artigos dos códigos, seja em sua letra, seja em seu espírito³¹.

Assim, os códigos de ética médica foram editados no Brasil considerando tais direitos. Os primeiros, tímidos, ante o momento político peculiar de cada época. Mas, o que sempre os caracterizou era a contínua evolução, sempre em busca do resguardo dos direitos do paciente e do profissional de medicina, preocupando-se com o relacionamento médico-paciente e, na maioria das vezes, trazendo em sua essência a igualdade dos direitos dos seres humanos na qualidade da assistência à saúde³².

Bem pontua Dallari³³ ao expressar que:

Observado como direito individual, o direito à saúde privilegia a liberdade em sua mais ampla acepção. As pessoas devem ser livres para escolher o tipo de relação que terão com o meio ambiente, em que cidade e que tipo de vida pretendem viver, suas condições de trabalho e, quando doentes, o recurso médico-sanitário que procurarão, o tipo de tratamento a que se submeterão entre outros. Note-se, porém, que ainda sob a ótica individual o direito à saúde implica a liberdade do profissional de saúde para determinar o tratamento³³.

A medicina brasileira, num espaço de quase século e meio, mais precisamente 142 anos (1867-2009), teve diversos códigos de ética: 1º tradução do Código de Ética Médica da Associação Médica Americana (1867); 2º Código de Moral Médica (1929); 3º Código de Deontologia Médica (1931); 4º Código de Deontologia Médica (1945); 5º Código de Ética da Associação Médica Brasileira (1953); 6º Código de Ética Médica (1965); 7º Código Brasileiro de Deontologia Médica (1984); 8º Código de Ética Médica (1988); e 9º, o mais recente, o Código de Ética Médica aprovado em 29 de agosto de 2009³⁴. Por certo, a humanização da conduta ética dos profissionais de medicina no país, se concretizou ante a evolução dos direitos humanos em nossas constituições, na legislação infraconstitucional e no próprio Código de Ética Médica (CEM).

Na dicotomia avanços e violações, o Brasil, signatário da Declaração, deu passos importantes para incorporar os instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos ao nosso sistema normativo, em especial, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988 – Constituição da República Federativa do Brasil (CF), que expandiu a sua relação baseada em direitos e garantias fundamentais, subdividindo-se em direitos individuais e coletivos, direitos sociais, nacionalidade, direitos políticos e participação em partidos políticos.

Souza (2006, p.123)³⁵ aponta que:

Tem sido frequente para o direito e a ética a necessidade de enfrentar situações novas, derivadas dos constantes descobrimentos científicos e tecnológicos, das mais variadas áreas de conhecimento. Assunto de enorme importância a ser analisado durante este milênio, diz respeito ao estrondoso desenvolvimento da biotecnologia e seus impactos nos direitos humanos, já que se têm informações sobre os (bio)riscos e possíveis abusos que podem decorrer da investigação científica das ciências que tratam da vida e da saúde

³⁵.

Para apoiar o pensamento de que as Ciências Biomédicas constituem um dos exemplos mais importantes, sobretudo nas relações interindividuais, Dantas et al³⁶ recorrem a Casabona

(1998, p. 151-153)³⁷, em estudo intitulado “*Derecho Biomédico y Bioética*”, com significativas considerações :

No ha sido infrecuente para el Derecho, pero con una mayor aceleración a lo largo de este siglo, encontrarse con la necesidad de tener que enfrentarse a situaciones sociales nuevas, derivadas de los cambios en los sistemas de control y producción de bienes y servicios y de las relaciones económicas, de los descubrimientos o avances tecnológicos y científicos, o de las modificaciones en las relaciones interindividuales, en cuyo conjunto las Ciencias Biomédicas constituyen uno de los ejemplos más representativos. Las respuestas del Derecho han consistido muchas veces en asumir las relaciones sociales emergentes, positivando, regulando o reconociendo (judicialmente) dichas relaciones; o bien aplicando a la nueva situación principios generales básicos ya integrados jurídicamente, como son los de respeto a la autonomía individual y a la dignidad de la persona, categorías informadoras y resolutorias decisivas para la configuración del ser humano en la actualidad, sin perjuicio de los problemas que plantea determinar el alcance de la primera y el significado más preciso de la segunda; o, por fin, adelantándose a las concepciones sociales, al introducir, mediante sus propios recursos de creación normativa, nuevos principios axiológicos, aunque este fenómeno ha sido más excepcional³⁷.

Como acima apontado, na história da medicina brasileira foram produzidos oito Códigos de Ética, oficialmente reconhecidos pela classe médica, o de 1867 não entra na lista por ser considerado apenas uma tradução portuguesa do Código de Ética Médica da Associação Médica Americana. O Código atualmente em vigor é o oitavo². No portal do Conselho Federal de Medicina pode ter-se acesso à íntegra desses documentos que orientaram o exercício da Medicina brasileira em diferentes períodos e cujas contribuições foram fundamentais para a formulação do atual escopo ético da profissão⁴.

Desde 1957, portanto, o Código de Ética Médica é editado pelo Conselho Federal de Medicina, tendo por base a escuta aos Conselhos Regionais. No Império, não havia normativo ético, mas sim Ordenações.

Anterior à promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, o primeiro Código de Ética Médica, tradução portuguesa do Código de Ética Médica da Associação Médica Americana, foi lançado em novembro de 1867, na Gazeta Médica da Bahia, por uma associação de facultativos, sob a direção do Dr. Antonio Pacífico Pereira. Muitos historiadores, no entanto, não o consideram o primeiro – por ser apenas uma tradução – e sustentam que sua simples publicação não o tornou normativo válido, pois não se tem notícia de que a comunidade médica o adotara³².

Ainda, sem a promulgação da Declaração, mas sob a influência do momento histórico que despontava, o Código de Ética Médica, de 1867 se balizava no viés dos direitos humanos, preceituando que: “O médico deve tratar com atenção, constância e humanidade todos os casos a seu cargo” (parágrafo 2º do art.1º)³².

Em 1929, no período da República, foi editado o Código de Moral Médica, aprovado pelo VI Congresso Médico Latino-Americano em Cuba, com dois artigos que refletem mais intensamente a presença do princípio da igualdade. Em 1931, foi aprovado pelo I Congresso Médico Sindicalista, na cidade do Rio de Janeiro, o Código de Deontologia Médica, que com pequenas alterações também reafirmou o princípio da igualdade³².

Em 1945, promulgou-se o primeiro código, oficialmente reconhecido no Brasil, o Código de Deontologia Médica, aprovado pelo IV Congresso Médico Sindicalista, em 24 de outubro de 1944 e oficializado pelo Decreto-lei n.7.955, de 13 de setembro de 1945, que instituiu os Conselhos de Medicina. Este código traz os ditames da igualdade ao estabelecer como dever do médico “atender, na prestação dos seus serviços, às dificuldades e exigências da moléstia, indiferente a posição social e à situação financeira do cliente”, “respeitar as convicções políticas e as crenças religiosas do cliente, não se opondo a prática que delas decorra, salvo no caso em que essa prática possa trazer perturbações aos cuidados terapêuticos, ou acarretar perigo iminente à vida do enfermo. Abster-se, outrossim, de sugerir ao doente a adoção do seu próprio credo religioso ou político” (alíneas “a” e “c”, art. 3º)³².

Quase 10 anos depois, a Associação Médica Brasileira produziu, em 1953, o Código Brasileiro de Ética Médica, aprovado na IV Reunião do Conselho Deliberativo, ocorrida no Rio de Janeiro, recepcionado pela Lei 3.268/57, que disciplinou os Conselhos de Medicina, os quais constituíram os primeiros diplomas de lavra da autarquia³⁴.

Em seu Capítulo I: Normas Fundamentais, o Código de 1953³⁴ dispõe que:

Art. 1º - A Medicina é uma profissão que tem por fim cuidar da saúde do homem, sem preocupações de ordem religiosa, racial, política ou social, e colaborar para a prevenção da doença, o aperfeiçoamento da espécie, a melhoria dos padrões de saúde e de vida da coletividade³⁴.

O capítulo dos deveres fundamentais do médico apresenta-se repleto de noções de direitos humanos. (art. 4º, alíneas de “a” a “d”)³⁴.

Doze anos mais tarde, em 1965, foi editado o Código de Ética Médica³⁸, em vigor desde 11 de janeiro, então elaborado pelo Conselho Federal de Medicina. Nota-se a crescente

preocupação em tornar o código mais humanitário, direcionado para os deveres dos médicos com seus pacientes, em especial, na atenção em benefício do paciente e da sociedade como um todo. Nos capítulos dos princípios e das normas fundamentais são aprimoradas as redações anteriores.

O Código de Ética Médica de 1965³⁸ reitera os deveres fundamentais do médico, preocupado com o respeito à vida humana, o sofrimento e extermínio do homem e, sobretudo, pauta os seus atos pelos mais rígidos princípios morais, de modo a se fazer estimado e respeitado, preservando a honra e as nobres tradições da profissão.

Comenta Oselka (2002, p.63-8)³⁹, que o CEM/1965:

Embora com forte orientação paternalista (grande ênfase na capacidade e julgamento do médico) e individualista (o médico tem obrigação ética especial de beneficiar seu paciente, independentemente das consequências que isso possa trazer para os não pacientes)³⁹.

Segue o autor concluindo o raciocínio que “o Código era bem elaborado e até avançado para o momento”³⁹.

Em 1984, outra edição do Código Brasileiro de Deontologia Médica, pelo Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução CFM 1.154/84⁴⁰, aquilata suas normas e princípios fundamentais às dos estatutos anteriores. À época, o Brasil vivia o início da abertura política, com a ruptura do sistema então vigente, dando maior relevância às questões sociais e ao respeito aos direitos humanos. Suas disposições se referiam às regras morais a que todo médico deveria respeitar, merecendo especial ênfase os primeiros quinze princípios norteadores que versavam sobre os deveres do médico para com o paciente⁴¹.

O último Código de Ética Médica, aprovado na I Conferência Nacional de Ética Médica, foi editado em 1988 pelo Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução CFM 1.246/88¹, após discussão de mais de três anos. Já em 1988, visualizava-se um código mais voltado para os deveres dos médicos, com especial atenção às questões humanitárias. Um texto legal, pleno de respeito à dignidade do paciente, sem esquecer os direitos dos médicos no que se refere à autonomia profissional. Em seus primeiros 19 dispositivos, que tratam dos princípios fundamentais, encontram-se fortes influências da Declaração Universal dos Direitos Humanos, preceituando que a profissão do médico está a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza⁴¹.

Deve também o médico guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente; e jamais utilizar seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade, segundo arts. 1º e 6º do Código de 1988¹. Tal código representa, verdadeiramente, um marco de conquistas no contexto humanitário, expurgando a discriminação “de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição”, incluindo este preceito no capítulo dos Direitos dos Médicos (art. 2º, Declaração Universal dos Direitos Humanos)³⁸. Contemplando também, ainda que de forma não expressa, a não discriminação em razão da orientação sexual.

Ainda respaldado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Código de 1988 traz um capítulo denominado “Direitos Humanos”, no qual veda ao médico¹:

Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida;
Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto;
Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar;
Participar da prática de tortura ou de outras formas de procedimentos degradantes, desumanas ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento;
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;
Fornecer meio, instrumento, substância, conhecimentos ou participar, de qualquer maneira, na execução de pena de morte;
Usar da profissão para corromper os costumes, cometer ou favorecer crime.
(arts. 46 a 49 e 53 a 55)¹.

Nota-se que o Código de 1988 veda expressamente, a prática de tortura ou de outras formas de procedimentos degradantes, desumanas ou cruéis. Com certeza, reflexo da ditadura militar, que muito assombrou o Brasil e marcou a classe médica, na qual vários profissionais, em um dos mais terríveis locais da repressão, deram respaldo técnico às torturas a presos políticos, durante os anos de 1970 a 1974; sob o manto de estar servindo ao país praticaram atos desumanos, fornecendo meios, instrumentos, substâncias, conhecimentos e participação na barbárie⁴¹.

Poder-se-ia argumentar, acompanhando pensamentos de vários juristas da área penal, que tais dispositivos do Código de Ética Médica, igualmente ao Código Penal Brasileiro – CP⁴² foram editados depois de concedida a anistia na Carta de 1988, pois, segundo Galimberti⁴³.

[...] a legislação penal brasileira ainda não contemplava a tortura como crime. Ela figurava somente como agravante na dosagem da pena (Código Penal: art. 61, letra “d”). A tortura como crime específico só veio integrar nosso Código Penal com a Lei 9.455, de 7 de abril de 1997, ou seja, quase nove anos após o perdão genérico a todos os participantes de sequestros, roubos e guerrilhas⁴³.

Mas, a história dos julgamentos dos conselhos de medicina, para esses médicos, demonstra que o raciocínio retrocitado não pode ser utilizado para os ditames do nosso Código, pois vários foram cassados, não mais podendo exercer a medicina. No contexto da proteção dos direitos humanos, os conselhos lutaram contra a lei da anistia, obtendo do Poder Judiciário abrigo para as suas cassações, pois o Superior Tribunal de Justiça decidiu, em 2001, firmando entendimento, que os conselhos de medicina têm competência para o julgamento dos médicos militares, cassando os seus registros profissionais, segundo Resp.259.340/DF - Rel. Min. Franciulli Neto⁴⁴.

Por sua vez, Pessini³⁴ ressalta que:

Numa rápida visão do Código de Ética Médica de 1988, em relação às questões éticas de fim de vida, percebe-se, de imediato, que vivíamos num contexto socio-histórico-cultural de negação da finitude humana. Não se fala em término da vida e em como orientar o profissional médico a lidar eticamente diante da morte³⁴.

Após tais considerações, vê-se fortalecida a busca no Código de Ética Médica pela inserção dos direitos humanos universais. Atualmente, o presidente do Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268/57, alterada pela Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e conforme decidido em sessão plenária realizada no dia 17 de abril de 2008, em Brasília/DF, constituiu a Comissão Nacional de Revisão do Código de Ética Médica⁴⁵ – encarregada por atualizar, no contexto da legislação do país, os avanços da medicina e os anseios da sociedade e da categoria médica na melhoria da relação médico-paciente. A comissão trabalha com uma proposta de audiência pública, com auxílio da *Internet*, recebendo sugestões de toda a população e fazendo uma triagem do que é legal ou constitucional e o que está dentro da ética médica, selecionando as proposições para, após uni-las, editar o novo Código de Ética Médica.

Com efeito, tem-se que o Direito sempre evolui por meio de atos contínuos e interpretações espelhadas nas diferentes ideologias vigentes na sociedade. Isso, em síntese, é o modelo ideal de Direito na busca da justiça. A maleabilidade de sua interpretação é consequência de diferentes matizes ideológicos, mas sempre se busca a aspiração para a defesa de uma verdadeira equidade.

Sobre a Declaração dos Direitos Humanos, Segato (2006)⁴⁶, em sua crítica, aponta que:

[...] No entanto, como ressaltou Norberto Bobbio (1991:50), em seu ensaio "Sobre el fundamento de los derechos del hombre", os direitos humanos desdobram-se em um processo inacabado, do qual a Declaração Universal deve ser entendida como o ponto de partida em direção a uma meta progressiva. O problema não é, portanto, somente o de construir os instrumentos para garantir os direitos já definidos, mas também o de: [...] aperfeiçoar o conteúdo da Declaração, articulando-o, especificando-o, atualizando-o, de modo a não deixá-lo cristalizar-se e mumificar-se em fórmulas tanto mais solenes quanto mais vazias [...] Trata-se de um verdadeiro desenvolvimento, ou talvez até de uma gradual maturação da Declaração, que gerou e está por gerar outros documentos interpretativos ou simplesmente integradores do documento inicial⁴⁶.

Nessa esteira, ante sua natureza autárquica e considerando sua competência institucional de zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exerçam, tem-se que o Conselho Federal possui legitimidade para criar direitos e obrigações para o exercício ético da medicina, fomentando o debate amplo e participativo de toda a classe médica brasileira, com o intuito de aprimorar o desempenho técnico e moral e reformular preceitos que se fazem necessários, adequando-os às transformações sociais e profissionais do atual momento, mas, sobretudo, reformulando o Código de Ética Médica ora em vigor. Contemplando ainda mais a Declaração Universal dos Direitos Humanos, destaca-se a oportunidade para reafirmar a importância vital dos padrões internacionais de direitos humanos na relação médico-paciente.

Há muito ainda a caminhar e superações virão em passos largos e perigosos, pois, em se tratando de direitos humanos e deveres do Estado, esbarra-se na reforma da legislação e na construção dos aparatos institucionais estatais, desafio para o povo e seus governantes. A globalização, agregando boa parcela da humanidade em um sistema econômico, lamentavelmente não solucionou a problemática da enorme vala que divide os povos, restando, ainda, largas e inflexíveis as diferenças sociais – como no período pós-Segunda Guerra Mundial³².

A década de 1990 foi marcante também pelo surgimento da Lei Orgânica de Saúde de n. 8.080, de 19 de setembro de 1990⁴⁷ visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, e estabelecendo a saúde como um direito fundamental do ser humano e imputando ao Estado a promoção de condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Por conseguinte, trata do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988.

Frente aos valores estabelecidos na Constituição Federal vigente para a saúde brasileira, a aplicação da bioética e de seus princípios é fundamental para a garantia desses direitos inerentes aos pacientes, uma vez que se preconiza justiça e democracia em sua aplicabilidade na saúde pública, bem como a busca de uma sociedade solidária e com profissionais capacitados. Nesse sentido, a bioética tem relevância ímpar na formação dos profissionais de saúde, como: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, além de profissionais da área da vigilância sanitária e gestores do Sistema Único de Saúde. A bioética também se faz relevante nas áreas de pesquisa e interação direta com as instituições de saúde e com o próprio paciente, por meio de comissões e comitês éticos e bioéticos.

A qualificação humanizada, primada em uma ética e moral, fundamentada nos princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça não apenas do médico, mas de todo o grupo envolvido com o desenvolvimento da saúde pode ser um facilitador para minimização de problemas recorrentes em instituições de saúde, reduzindo também, a judicialização dos casos clínicos e os processos éticos disciplinares. Nota-se, portanto, a bioética “principlista” como indispensável na saúde atual.

Quanto aos princípios basilares na Bioética (beneficência, não maleficência, autonomia e justiça), Gama (2003)⁴⁸ relata que foram estabelecidos no Relatório de Belmont, em 1978, e que a Comissão norte-americana constituída para proteção da pessoa humana na pesquisa científica relacionada à vida apontou como base, os princípios da beneficência, do respeito às pessoas (autonomia) e da justiça, ainda que neste relatório não constasse o princípio da não maleficência.

Não obstante, um ano mais tarde (1979), despontaram os norte-americanos Tom L. Beauchamp e James F. Childress, com a publicação do livro *Principles of Biomedical Ethics*, no qual expressam uma teoria fundamentada em quatro princípios bioéticos básicos: não maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça (conforme quarta edição, 1994)³.

Diante do exposto, cabe abordar os princípios delineados pelos autores compreendidos como fundamentos da bioética.

1.1 NÃO MALEFICÊNCIA

A origem desse princípio remonta a tradição hipocrática da ética médica, em que se preconiza: “cria o hábito de duas coisas: socorrer ou, ao menos, não causar danos” (Beauchamp, Childress, 2002, p.209)⁴⁹. Ocorre que desde o Relatório de Belmont este princípio e o da beneficência foram tratados como sendo um só. Em contraponto a essa afirmativa, Beauchamp e Childress (2002, p.210-211)⁴⁹ lecionam que tais princípios devem ser tratados em separado por apresentarem um caráter moral diferente. Justifica-se a declaração embasando-se no pressuposto de que o dever de não fazer o mal é mais vinculativo do que a exigência de fazer o bem.

Assim comentam Beauchamp e Childress (2002)⁴⁹:

Embora a não maleficência e a beneficência sejam similares e frequentemente tratadas na filosofia moral como não sendo nitidamente distinguíveis, combiná-las num mesmo princípio obscurece distinções relevantes. [...] Em geral, as obrigações de não maleficência são mais rigorosas que as obrigações de beneficência; e, em alguns casos, a não maleficência suplanta a beneficência, mesmo que o resultado mais útil seja obtido agindo-se de forma beneficente (p.210-211)⁴⁹.

Ainda, na perspectiva de distinguir o princípio da não maleficência, do princípio da beneficência, os autores examinam criticamente os termos matar e deixar morrer, abstenção e interrupção do tratamento, bem como os diversos parâmetros desenvolvidos para especificação dos requerimentos da não maleficência na assistência à saúde. Eis as ponderações apresentadas⁴⁹:

O desconforto dos profissionais de saúde com a interrupção dos tratamentos de suporte a vida parece refletir a ideia de que essas ações os tornam responsáveis – e, portanto, culpáveis – pela morte do paciente, enquanto não são responsáveis se não derem início ao tratamento. Outra fonte de desconforto para os profissionais, referente à interrupção de tratamentos, é a convicção de que iniciar um tratamento muitas vezes cria a expectativa de que ele prosseguirá, enquanto interrompê-lo parece contrariar as expectativas, promessas ou obrigações contratuais para com o paciente e a família. As expectativas e promessas equivocadas deveriam ser evitadas desde o princípio. A expectativa ou promessa apropriada é a de os profissionais agirão de acordo com os interesses e os desejos do paciente (dentro dos limites dos sistemas defensáveis para a alocação dos serviços de saúde e das regras sociais

defensáveis sobre matar). Interromper um tratamento particular, incluindo o de suporte de vida, não envolve necessariamente o abandono do paciente. A interrupção pode seguir as diretrizes do paciente e ser acompanhada e seguida por outras formas de cuidado (p.218-219)⁴⁹.

De tal modo, o princípio da não maleficência implica no dever do profissional de saúde de se abster de fazer qualquer mal para seus pacientes, de não causar danos ou colocá-los em risco. O profissional, assim, compromete-se a avaliar e evitar os danos previsíveis. Como se observa, o princípio da não maleficência está intimamente ligado à máxima *primum non nocere*. Perspectiva traduzida por Kipper e Clotet⁵⁰ que aduzem:

De acordo com este princípio, o profissional de saúde tem o dever de, intencionalmente, não causar mal e ou danos a seu paciente. Considerado por muitos como um princípio fundamental da tradição hipocrática da ética médica, tem suas raízes em uma máxima que preconiza: cria o hábito de duas coisas: socorrer (ajudar) ou, ao menos, não causar danos⁵⁰.

Em outras palavras, para atender a esse princípio, não basta que o profissional da área de saúde atue com boas intenções de não causar mal e/ou danos a seu paciente. É preciso que se evite qualquer situação de aparente risco, levando em consideração o modo de agir profissional, como também as técnicas e procedimentos utilizados, a fim de que os mesmos não ofereçam prejuízos individuais e/ou coletivos para o paciente. Consequentemente há duas formulações para o princípio da não maleficência, uma positiva e outra negativa. Sob a ótica principialista, a forma negativa tem predomínio, tendo em vista que o dever de não causar danos ao paciente parece ter maior peso moral do que um imperativo de beneficência: deve-se, primeiramente, prevenir um dano para, depois, promover um bem.

Da sua formulação negativa, percebe-se que algumas regras se derivam, como por exemplo, não matarás, não causarás dor ou sofrimento aos outros e, ainda, não ofenderás. Por sua vez, a positiva admite três formulações: deve-se prevenir o dano ou o mal, deve-se evitar ou recusar o mal e, por fim, deve-se fazer ou promover o bem.

Por fim, é salutar elucidar aspectos que diferenciam o princípio da beneficência em relação ao princípio da não maleficência. Wanssa⁵¹, citando alguns autores explica que:

David Ross, em sua obra “The right and the good”, de 1930, estabeleceu o conceito de dever, propondo que nos casos de conflito entre a beneficência e a não maleficência deve permanecer a não maleficência⁵¹.

Complementa, que segundo Frankena (1981), devemos promover o bem e evitar o mal⁵¹.

O Relatório Belmont, publicado em 1978, inclui a não maleficência como parte da beneficência, entendida como dupla obrigação: a de não causar danos e a de maximizar o número de possíveis benefícios, minimizando os prejuízos⁵¹.

Esse enfoque não é corroborado por Beauchamp e Childress⁴⁹ que consideram que o princípio da beneficência exige mais, pois os agentes têm que tomar atitudes positivas para ajudar os outros e não meramente se absterem de praticar atos nocivos. Causar o mal ou danos ao outro é moralmente proibido e, dessa maneira, a não maleficência torna-se ação possível em relação a todas as pessoas. Paralelamente, a moralidade não obriga a beneficência; portanto, sua manifestação é casual. Assim, as obrigações da não maleficência são mais rigorosas que as da beneficência, porém há necessidade de cautela quanto às prioridades, visto que sofrem alterações de acordo com a situação. O rigor da não maleficência é viável, se o ato de beneficiar envolve praticar algo moralmente errado.

1.2 BENEFICÊNCIA

Em seu significado filosófico moral, a beneficência é entendida como o ato de fazer o bem. Alguns ainda dizem que o termo representa uma manifestação da benevolência. Tal princípio – fruto de uma cultura paternalista – é considerado o mais antigo da ética médica e também o que mais recebeu destaque durante várias décadas. Suas raízes são encontradas no famoso juramento de Hipócrates, que traduz: “aplicarei os regimes para o bem dos doentes [...] na casa onde for, entrarei apenas pelo bem do doente”⁵².

Pode dizer-se assim, que a ciência médica se desenvolveu tendo como fonte de fundamentação o ato de fazer ou promover o bem, que, na sua essência, é melhor entendido como o dever de recuperar a saúde e preservar a vida. Ocorre que cada caso deve ser analisado com cuidado e cautela, a fim de que a pretensão de fazer o bem não se transforme em obsessão de atuar, mesmo que as circunstâncias demonstrem o contrário. Nesse sentido, adverte Carlos Neves⁵³:

Na defesa do princípio da beneficência tem o médico de se precaver contra a *obstinação terapêutica*, não mobilizando meios tecnologicamente avançados quando é previsível, sob o ponto de vista científico, que não se vão obter os benefícios esperados. Assim, e particularizando nos doentes terminais, as atitudes terapêuticas deverão estar subordinadas à autonomia, à dignificação da morte e ao grau de sofrimento do doente (p.15)⁵³.

Salienta-se que na história da medicina, o princípio da beneficência sempre esteve intimamente ligado à restrição da autonomia das pessoas enfermas. Não raro, procurava-se proteger o paciente de si mesmo, não lhe permitindo qualquer participação na escolha do tratamento a ser adotado. De fato, esperava-se que o doente se entregasse por completo ao procedimento terapêutico escolhido pelo médico.

Até então, como explanado acima, a prática do bem era norteada pelos critérios fornecidos pela medicina, assim como pelo entendimento e juízo subjetivo do médico, ou seja, a atuação médica ocorria independentemente da concordância do paciente, mesmo que ele conhecesse as prováveis consequências e alternativas disponíveis para seu caso. Diante disso, Marcos de Almeida⁵⁴ traz o seguinte questionamento:

Quais os motivos pelos quais devemos tratar nossos semelhantes como agentes racionais, como fins em si próprios e não meramente como meios para um determinado fim? Muitas pessoas sustentam o contrário. Muitos afirmam que quando desejamos ajudar as pessoas, especialmente no contexto médico, somos obrigados a tratar nossos pacientes como meio, meios para sua própria recuperação, por exemplo. O modelo habitualmente oferecido é aquele da relação entre um pai e seu filho, o modelo do paternalismo benevolente (p.60)⁵⁴.

De fato, verifica-se que o princípio da beneficência não raro foi utilizado para camuflar a prática de atos de autoritarismo, já que o sistema de tratamento do paciente era de acordo com a capacidade e juízo do médico. Em alguns casos, essa sistemática chegou a extremos inadmissíveis, como revelam as experiências ocorridas nos centros de concentração nazistas, conforme Caplan⁵⁵ expressa, a seguir:

O espírito característico do profissionalismo, que afirmava que os interesses dos pacientes são melhor servidos depositando a total confiança no médico e que essa confiança significa cumprir integralmente as ordens do médico, acabou por dar supedâneo à atuação dos cientistas médicos no regime nazista (p.86-87)⁵⁵.

Percebe-se que o paciente não tinha voz no processo de escolha do tratamento médico a ser executado. No entanto, ocorre o seguinte questionamento: Sendo o paciente maior e capaz, sob qual fundamento deveria ser negado o direito dele participar ativamente das questões que envolvem sua própria vida? À medida que os direitos humanos foram se consolidando na sistemática jurídica brasileira e se obteve a valorização das liberdades individuais e da dignidade humana, mais relevante ficou a vontade do paciente frente às determinações médicas. Em relação a tais questionamentos, Clotet expressa⁵⁶:

É evidente que o médico e demais profissionais de saúde não podem exercer o princípio da beneficência de modo absoluto. A beneficência tem também os seus limites, o primeiro deles seria a dignidade individual intrínseca de todo e qualquer ser humano (p.65)⁵⁶.

Em que pese essa nova perspectiva, na qual o médico está proibido de efetuar qualquer procedimento sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente, conforme dicção do art. 46, do Código de Ética Médica de 1988 (Resolução CFM n.1931/2009), atualmente o art. 31, do novo Código (Resolução CFM n 1931/2009) menciona que atitudes arbitrárias ainda são visualizadas, conforme salientado por Léo Meyer Coutinho⁵⁷:

Certamente por influência da época em que o médico era visto como um semideus, ainda é frequente um comportamento que reflete essa atitude. Não é raro, em especial os pacientes humildes, informarem, na anamnese, que foram operados e exibem uma cicatriz cirúrgica abdominal. Perguntamos qual cirurgia foi efetuada e ele responde: “Não sei. O doutor não disse.” Outras vezes o médico examina o paciente, no dia seguinte ele recebe a medicação pré-anestésica, é levado para o centro cirúrgico, é operado, e só fica sabendo quando acorda da anestesia. Felizmente já é bem mais raro, mas ainda acontece. É fundamental o médico ter consciência que o paciente não é de sua propriedade. Ele tem, e deve ser respeitada, vontade própria. Até mesmo para prescrever os medicamentos o médico deve informá-lo das finalidades (59-60)⁵⁷.

Tem-se a destacar que o extraordinário desenvolvimento da medicina chegou, paradoxalmente, a esquecer da peça principal – o doente – sob o pretexto de que as atitudes médicas só fariam bem, conforme expressa Philippe Meyer⁵⁸:

A medicina não foge hoje ao paradoxo que ameaça toda ciência ou técnica evoluída, o de se voltar contra si mesma e de não alcançar seu objetivo. Sua força técnica pesa cada vez mais sobre a personalidade humana, da concepção à morte, correndo risco de se esquecer de que tratar ainda conta, às vezes, tanto quanto curar (p.11)⁵⁸.

Desde a consulta inicial torna-se possível estabelecer uma relação de poder entre médico e paciente, por meio da qual o profissional tem a percepção do conhecimento, como detentor quase único do saber, e o paciente à condição de ignorância. Nesse contexto, o médico acha justificável decidir enquanto mestre absoluto, não admitindo questionamentos sobre sua conduta. Entretanto, mediante alguns avanços do pensar em relação às questões sociais e à visão humanista e democrática conquistou-se um maior grau conscientização do ser humano sobre os seus direitos, e a não permissão da perpetuação de condutas autoritárias por parte da classe médica. A conduta beneficente não pode mais ser atrelada a um critério unilateral do

profissional de saúde. Ao contrário, é direito do paciente participar na escolha do que constitui o bem para si mesmo, valorizando dessa forma, a sua autonomia.

Ademais, para que a atuação do paciente seja consolidada em seu tratamento, torna-se fundamental que não sejam estabelecidos equívocos conceituais entre o princípio da beneficência e o paternalismo. Ainda assim, não é o que vem acontecendo na medicina contemporânea, pois os médicos argumentam que a prática paternalista faz bem ao paciente. Eis as oportunas observações de Edmund Pellegrino⁵⁹:

El paternalismo no podría equipararse a la beneficencia, como proponen algunos autores. El paternalismo implica la usurpación por parte del médico del derecho moral que tiene el paciente como ser humano de decidir lo que es mejor para sus propios intereses. Esa acción viola la integridade de la persona y em ningún caso podría considerarse con um acto de beneficencia, ya que para ello es esencial respetar los valores y la facultad de elección del paciente (p.387)⁵⁹.

Portanto, na medicina contemporânea, conforme bem pontua Edmund Pellegrino⁵⁹, tanto o médico quanto outros profissionais de saúde não podem exercer o princípio da beneficência de modo absoluto. Ocorre que é problemático delimitar entre a beneficência como obrigação ou dever e a beneficência como ideal ético que deve animar a consciência moral de qualquer profissional. Além disso, ainda que o princípio da beneficência seja importante, interventivos se afiguram mais benéficos. É certo que a biomedicina se desenvolveu tendo sempre como objetivo fazer o bem (*bonum facere*), de preservar a vida. Contudo, há que fazer uma análise casuística de modo a acautelar que a pretensão de fazer o bem não se configure numa obsessão do profissional de saúde em agir e atuar, mormente quando as circunstâncias concretas revelem a futilidade de tal ação.

Daniel Serrão, em textos de opinião, partilha deste mesmo idealismo⁶⁰. Por outro lado, diz Carlos Neves que “na defesa do princípio da beneficência tem o médico de se precaver contra a obstinação terapêutica, não mobilizando meios tecnologicamente”⁵³.

Assim, e particularizando nos doentes terminais, as atitudes terapêuticas deverão estar subordinadas à autonomia, à dignificação da morte e ao grau de sofrimento do doente⁵³.

O Parecer n. 11/CNECV/1995⁶¹ sobre os cuidados de saúde no final da vida confirma que:

[...] havendo uma razoável esperança de melhoria ou mesmo de cura, com qualidade de vida posterior, as regras da medicina devem ser sempre seguidas de acordo com o princípio da beneficência e, não havendo tal esperança,

devem aqui ser seguidas as regras da medicina paliativa, de acompanhamento, de modo a alcançar o maior conforto e bem-estar, tanto físico, psíquico, como afetivo para que o paciente tenha uma morte digna. Neste sentido, a consideração da beneficência tem limites, desde logo, a dignidade intrínseca de cada ser humano [...]. Portanto, não se pode confundir beneficência com o paternalismo exercido pelo profissional, porque a verdadeira beneficência é fazer o bem, não apenas do ponto de vista médico, mas também segundo o que o próprio paciente considera benéfico para si mesmo.¹²⁷ Consideramos, pois, que no fundo, a obrigação do profissional é de meios e não de fins, logo não está obrigado a proporcionar a cura, mas sim empregar todos os meios disponíveis pela ciência médica, bem como dispor de todos os seus conhecimentos e experiências, e é claro sempre no respeito devido à pessoa. O que se evidencia é que a beneficência tem seus limites, dos quais se destaca a dignidade individual, intrínseca a todo ser humano⁶¹.

1.3 AUTONOMIA

Uma dificuldade comum na relação médico-paciente é a tomada de decisão, principalmente no que se refere aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos a serem adotados. O impasse que se estabelece é: a decisão deve ser do médico, preparado para a arte de curar e que melhor conhece os convenientes e os inconvenientes de cada conduta? Ou do paciente, que é dono do próprio destino e do seu corpo e, portanto, deve decidir o que quer para si?

Quanto à primeira afirmativa, tomando como base o Juramento de Hipócrates, o exercício da medicina configurou-se, durante muito tempo, como um “nítido paternalismo”, pois, relevantes eram as decisões/opiniões dos médicos, vistos como dotados de grande saber a ponto de definir o que julgavam melhor para seus pacientes. Tal juramento, amplamente reconhecido entre profissionais da saúde, prega, além da honestidade, o compromisso que o médico deve sempre fazer o bem ao paciente. Esse entendimento na antiguidade era dominante, até pela posição social em que os médicos se encontravam na época.

Dessa forma, os médicos, quase “deuses” decidiam o que era “bem” para o paciente, independentemente de consultar a vontade dessa pessoa, e sem lhe questionar opiniões ou sentimentos; afinal, o “doutor era quem sabia”. Assim, nota-se, portanto, que o princípio da autonomia historicamente foi relegado.

No entanto, antes dos estudos do campo bioético se tornarem mundialmente relevantes, alguns pensadores, em diferentes épocas, já haviam expressado seus pontos de vista sobre o

princípio do respeito à pessoa. Assim, o filósofo alemão Immanuel Kant (1724 – 1804) se expressou por meio da proposição do imperativo categórico⁶²:

A autonomia da vontade é a constituição da vontade, pela qual ela é para si mesma uma lei – independentemente de como forem constituídos os objetos do querer. O princípio da autonomia é, pois, não escolher de outro modo, mas sim deste: que as máximas da escolha, no próprio querer, sejam ao mesmo tempo incluídas como lei universal (p.70-71)⁶².

Kant, em seu tempo, já questionava aspectos do agir do ser humano. Em busca de respostas para a possibilidade de realização de um projeto universal da paz entre os homens, como ideal supremo da realização humana, Kant construiu ao longo de suas obras, balizadores da moralidade, por ele definidos como “imperativo categórico”, este consubstanciado no dever moral.

O “imperativo categórico” com o propósito de abarcar questões relacionadas à moralidade assentava-se em máximas, entre elas, a de que “o ser humano necessita agir de modo a considerar o outro como tendo uma finalidade em si mesmo”. Nesse sentido, Kant transpõe para a razão prática humana o livre arbítrio governado pela boa vontade e pela possibilidade de viver segundo princípios morais. Dessa forma, o princípio da autonomia vincula-se ao princípio da moralidade como um imperativo categórico⁶².

Outro pensador a refletir sobre a autonomia e a liberdade das pessoas foi o filósofo britânico John Stuart Mill (1806-1863), ao escrever “*sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente, o indivíduo é soberano*”⁶³.

Ainda em relação ao respeito pelas pessoas e a condição de serem consideradas como autônomas, tem-se que após as atrocidades cometidas contra seres humanos, violando massivamente seus direitos humanos durante a Segunda Guerra Mundial, em 1978, foi promulgado o Relatório de Belmont (*Belmont Report*)⁶⁴. O documento tratava da existência de pesquisas com seres humanos e se apresentou norteado pelos princípios da bioética, entre eles, o princípio da autonomia, chamado de princípio do respeito às pessoas⁶⁴:

O Relatório Belmont denomina este princípio como o respeito pelas pessoas e afirma que incorpora, ao menos, duas convicções éticas: “a primeira, que os indivíduos deveriam ser tratados como entes autônomos, e a segunda, que as pessoas cuja autonomia está diminuída devem ser objeto de proteção.” O ser humano é um ente autônomo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e atuar sob a direção desta deliberação. Respeitar a autonomia é “dar valor às opções e eleições das pessoas assim consideradas e abster-se de obstruir suas ações, a menos que estas produzam um claro prejuízo a outros.” Mostrar falta de respeito por um agente autônomo “é repudiar os critérios destas pessoas,

negar a um indivíduo a liberdade de atuar segundo tais critérios ou furtar informação necessária para que possa emitir um juízo, quando não há razões convincentes para isso.” Desta forma, a autonomia em seu sentido concreto vem a ser a “capacidade de atuar com conhecimento de causa e sem coação externa [...]” [...] Não se refere aqui ao conceito de Immanuel Kant do homem como autolegisador - pois o pensamento de Kant diz respeito à capacidade do sujeito para governar-se por uma norma que ele mesmo aceita sem coação externa, uma norma que deve ser universalizada pela razão humana, mas no sentido de que o que acontecer com o paciente deverá passar sempre pelo trâmite do consentimento informado⁶⁴.

Ao tratar do princípio da autonomia Beauchamp e Childress⁴⁹, no que concerne à decisão com cuidado da saúde, buscam caracterizar o que está resguardado quando se tem um consentimento informado ou quando se tem uma recusa informada. Segundo os autores, “desde os julgamentos de Nuremberg que apresentaram relatos horrendos de experiências médicas em campos de concentração, a questão do consentimento tem estado em primeiro plano nas discussões da ética biomédica”⁴⁹. O professor Joaquim Clotet, em um artigo sobre o tema, trouxe a seguinte conceituação de consentimento informado⁶⁵:

[...] Consentimento informado é uma condição indispensável da relação médico-paciente e da pesquisa com seres humanos. Trata-se de uma decisão voluntária, realizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo e deliberativo, visando à aceitação de um tratamento específico ou experimentação, sabendo da natureza do mesmo, das suas consequências e dos seus riscos⁶⁵.

Dispositivos legais, nacionais e internacionais, destacam de maneira ampla o direito de escolha do paciente frente às recomendações médicas, quando se tratar da sua própria saúde. Este princípio da bioética retrata o direito de liberdade de decisão que as pessoas têm no que tange à sua saúde. Na Constituição de 1988³⁰ o tema ganha destaque em diversos pontos acerca das garantias de liberdade. Logo, em seu artigo 3º traz como fundamento da República, “a construção de uma sociedade livre, justa e solidária”. Depois, em seu artigo 5º (dos direitos e deveres individuais e coletivos), tem-se a *inviolabilidade da liberdade*, em seguida no inciso II do referido artigo, o princípio da legalidade, em que “ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”, além de outras garantias de liberdade prevista no texto Constitucional³⁰. Além disso, o Brasil é signatário de diversos mecanismos internacionais que estão de acordo com o respeito às pessoas.

Tais mecanismos legais norteiam o princípio da autonomia, que consiste no respeito à opinião do paciente quanto às decisões que se refiram à sua saúde. Opinião esta, que deve ser

baseada nas informações necessárias fornecidas pelos médicos e, ainda, livre de qualquer pressão, coação ou indução de vontade. O Conselho Federal de Medicina tratou deste assunto no Código de Ética Médica de 1988, Resolução n. 1.246/88¹, no capítulo de Direitos Humanos, em seu artigo 46, em que era vedado ao médico:

Art. 46 - Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu representante legal, salvo em eminente perigo de vida¹.

O Código de Ética Médica de 1988 passou por transformações que redundaram em aprimoramentos das normas médicas, em 2009. A partir, de então, disciplinou-se pela Resolução CFM n. 1931/09² – Código de Ética Médica atualmente vigente, dando destaque ao consentimento informado. O princípio da Autonomia, dada sua importância, ganhou destaque nesse novo Código de Ética Médica, então postulado como princípio fundamental, ainda no capítulo sobre direitos humanos, conforme segue²:

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte².

O paciente com todas as informações relevantes de que precisa, além de boas orientações, pode refletir sobre sua decisão levando em conta seus princípios e valores. Dessa forma, conhecendo suas opções poderá decidir qual caminho tomar, qual escolha se faz mais acertada, mesmo que não seja a melhor, do ponto de vista de outrem. Ao dispor de ferramentas necessárias para tomar a decisão, caberá aos demais respeitá-la, ainda que alguém não concorde, pois com base no princípio da autonomia, o paciente se autogoverna⁶⁶.

Quanto à aplicação desse princípio, concorda-se que o ato de consentir deve adotar como premissa os seguintes elementos: informação, compreensão e voluntariedade. (p.36)⁶⁶.

Neste contexto, o consentimento informado é fundamental como um direito inerente ao paciente. Este princípio prega o direito aduzido pelo paciente de participar de toda e qualquer decisão sobre o tratamento que possa afetar sua integridade psicofísica, adquirindo conhecimento, a partir do dever médico ao alertar sobre riscos e benefícios nas alternativas

envolvidas, reconhecendo, assim, a capacidade do ser humano de conduzir suas escolhas, a partir da igualdade de direitos e oportunidades e buscando o melhor para si.

Além disso, o direito à informação é um dos princípios basilares das relações de consumo, previsto no Código de Defesa do Consumidor, Lei n. 8.078/1990⁶⁷. Tendo em vista que o médico se pode enquadrar como profissional liberal, é plenamente possível a aplicação dessa norma nos serviços de saúde, visando a proteção dos pacientes acerca dos serviços e do acesso a informações a que sejam suficientes e satisfatórias, além dos procedimentos que poderão ser adotados.

[...] Para que o respeito pela autonomia das pessoas seja possível, duas condições são fundamentais: *a liberdade e a informação*. Isso significa que, em um primeiro momento, a pessoa deve ser livre para decidir. Para isso, ela deve estar livre de pressões externas, pois qualquer tipo de pressão ou subordinação dificulta a expressão da autonomia (p.19)⁶⁸.

No entanto, o CFM tendo como referência seu novo Código de Ética Médica, aponta entre os princípios fundamentais do referido documento, que “XX – *A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo*”². Quando se trata da responsabilização pela prestação dos serviços médicos, a doutrina e as decisões dos Tribunais Pátrios têm entendido que o Código de Defesa do Consumidor é plenamente aplicável. Pois, este profissional é liberal, em determinados contextos, assunto que será abordado posteriormente, em seção específica.

Decorre desse fato, também, a importância do consentimento informado na prática médica. Pois, não basta que o médico apenas informe de maneira reduzida ou simplificada sobre determinado procedimento, é necessário, sobretudo, considerar a opinião do paciente no processo de decisão, se este aceita ou não determinada prática ou tratamento. E, para além disso, esclarecer todas as dúvidas sobre o mesmo, quantas vezes forem necessárias a fim de que sua escolha implique em uma decisão segura.

Na prática assistencial, é no respeito ao princípio de Autonomia que se baseiam a aliança terapêutica entre o profissional de saúde e seu paciente e o consentimento para a realização de diagnósticos, procedimentos e tratamentos. Este princípio obriga o profissional de saúde a dar ao paciente a mais completa informação possível, com o intuito de promover uma compreensão adequada do problema, condição essencial para que o paciente possa tomar uma decisão. Respeitar a autonomia significa, ainda, ajudar o paciente a superar seus sentimentos de dependência, equipando-o para hierarquizar seus valores e preferências legítimas para que possa discutir as opções diagnósticas e terapêuticas. Esta é, de maneira muito resumida, a

essência do consentimento informado, resultado desta interação profissional/paciente⁶⁹.

Com isso, as relações paternalistas são afetadas diretamente pelo princípio da autonomia. No Brasil, por exemplo, há sinais de substituição do paternalismo pelo consentimento livre esclarecido, porém trata-se de um processo lento e gradual de mudança. Embora haja avanços legislativos no país acerca dessa temática, o Código Civil ainda precisa adaptar-se à demanda. Nessa relação médico/paciente fala-se em *empowerment health* (empoderamento da saúde), em outras palavras, trata-se de um paciente que conquistou o poder de tomar decisões sobre a saúde e a sua própria vida; passou, portanto, de um sujeito passivo a titular de um direito. Enquanto o médico, antes sujeito ativo e soberano em sua tomada de decisão, passou a titular de uma obrigação⁷⁰.

Sobre este aspecto é importante destacar ainda, o que aborda a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO)⁷¹, por meio do seu Comitê para Assuntos Éticos de Reprodução Humana e Saúde da Mulher. Desde 1994, um dos marcos de referência ética para os cuidados ginecológicos e obstétricos é o princípio da autonomia quando enfatiza o importante papel que a mulher deve adotar na tomada de decisões com respeito aos cuidados de sua saúde. Os médicos deverão observar a vulnerabilidade feminina, solicitando expressamente sua escolha e respeitando suas opiniões. Além do destaque da Federação é importante salientar que nos pacientes intelectualmente deficientes e, no caso das crianças, o princípio da autonomia deve ser exercido pela família ou responsável legal⁷¹.

Tais mecanismos, nacionais ou internacionais, funcionam em paralelo à Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), outubro de 2005²⁰, que tem como um de seus objetivos, contribuir para o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, garantindo o respeito pela vida dos seres humanos e as liberdades fundamentais. E, sobre *consentimento*, expõe em seu artigo 6^o²⁰:

1. Qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Quando apropriado, o consentimento deve ser expresso e a pessoa em causa pode retirá-lo a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo. 2. Só devem ser realizadas pesquisas científicas com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa. A informação deve ser suficiente, fornecida em moldes compreensíveis e incluir as modalidades de retirada do consentimento. A pessoa em causa pode retirar o seu consentimento a

qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo. Excepções a este princípio só devem ser feitas de acordo com as normas éticas e jurídicas adaptadas pelos Estados e devem ser compatíveis com os princípios e disposições enunciados na presente Declaração, nomeadamente no artigo 27^a, e com o direito internacional relativo aos direitos humanos. 3. Nos casos relativos a investigações realizadas sobre um grupo de pessoas ou uma comunidade, pode também ser necessário solicitar o acordo dos representantes legais do grupo ou da comunidade em causa. Em nenhum caso deve o acordo colectivo ou o consentimento de um dirigente da comunidade ou de qualquer outra autoridade substituir-se ao consentimento esclarecido do indivíduo (art.6^o)²⁰.

Isto posto, reafirma-se que tais mecanismos que fundamentam o princípio da autonomia permitem criar condições de o indivíduo deliberar sobre suas escolhas pessoais. O direito adquirido pelo paciente para decidir sobre questões relacionadas ao seu corpo e a sua vida o torna um sujeito ativo, autônomo e participativo.

1.3.1 Limites do princípio da Autonomia

O princípio da autonomia não é absoluto. Em meio à prática médica pode sofrer limitações em prol de outros princípios bioéticos como o da beneficência, por exemplo, ou em caso de interesse de terceiro ou coletividade. Além disso, pode esbarrar nos limites da capacidade e/ou competência do paciente para tomar decisões sobre seu quadro de saúde, dependendo do estado de enfermidade em que se encontra. Assim, tal temática reveste-se de oscilações entre a proteção à vida, de um lado e o direito a uma morte digna de outro. O primeiro aspecto está associado ao fato de que a vida não é um bem disponível e de que dela derivam todos os outros direitos, enquanto por outra parte há o questionamento sobre qual a validade da vida sem condições dignas. É nesse sentido que a Resolução n. 1995/2012⁷², do Conselho Federal de Medicina (CFM) traz à tona o debate sobre o fim da vida. O documento dispõe acerca das chamadas “diretivas antecipadas de vontade”, definidas em seu artigo 1º como:

[...] o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade⁷².

Em outras palavras, os testamentos vivos ou também nominadas diretrizes antecipadas são instrumentos que expressam uma manifestação de vontade, positiva ou negativa, adotada pelo paciente – que em determinados casos autoriza ou não, a prestação de assistência médica.

Trata-se, portanto, de uma escolha do paciente em submeter-se ou negar-se a um tratamento que não lhe trará cura, adiando, assim, a sua morte⁷³.

Expressa Nunes⁷⁴ que:

O testamento vital é a expressão mais vinculada da vontade previamente manifestada por parte do doente. Trata-se de uma reinvenção da doutrina do consentimento esclarecido segundo a qual o consentimento não produz efeitos no imediato, mas antes no futuro, mais ou menos próximo, isto é, de um modo prospectivo⁷⁴.

Esclarece ainda, Nunes⁷⁴ que:

Também em Portugal e no Brasil já se iniciou esse debate, e a proposta de legalização das diretivas antecipadas de vontade, incluindo o testamento vital, reforça a possibilidade de uma pessoa manifestar a sua vontade sobre os tratamentos que deseja ou não para si própria em uma fase de incapacidade decisional⁷⁴.

Ainda conforme o autor⁷⁴, muitos médicos ainda rejeitam tal documento, ou seja, a vontade do paciente anteriormente manifestada, especialmente quando as decisões tomadas produzem efeitos no futuro (consentimento prospectivo), por considerar que não é o melhor interesse do doente ou até porque não conhecem sua validade⁷⁴.

Nos termos da DUBDH²⁰, as pessoas capazes têm responsabilidades sobre suas decisões e as incapazes devem ser protegidas na tomada de decisões:

Artigo 5º: A autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses²⁰.

No tocante à capacidade civil de uma pessoa, o ordenamento jurídico – brasileiro traz algumas considerações. O Código Civil (CC), Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002, em seu artigo 1º dispõe que “toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil”, e continua em seu artigo 2º que a personalidade civil da pessoa começa com o nascimento com vida, ressalvado os direitos do nascituro⁷⁵.

Entretanto, como em regra, no direito nada é absoluto. Assim, logo em seguida, o mesmo Código aponta as limitações dessa personalidade por meio da capacidade civil dos indivíduos. Portanto, alguns são absolutamente incapazes e outros são relativamente incapazes de exercer os atos da vida civil.

[...] Capacidade é a aptidão de exercer por si só os atos da vida civil, dependendo, portanto, do discernimento, que é critério, prudência, juízo, tino, inteligência, e, sob o prisma jurídico, a aptidão que tem a pessoa de distinguir o lícito do ilícito, o conveniente do prejudicial⁷⁵.

Para os absolutamente incapazes (os menores de dezesseis anos; os que, por enfermidade ou deficiência mental, os que não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos; os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade) – art. 3º, do Código Civil –, a lei civil garante que eles possam ser representados legalmente para exercer sua capacidade civil, pelos pais e pelos tutores no caso dos menores (art.1728, do Código Civil), e curadores nos demais casos (art. 1767, do Código Civil)⁷⁵.

O consentimento sobre pessoas incapazes que estão impedidas de exprimir sua vontade também foi disciplinado pela DUBDH, aduzindo que o direito interno deve regulamentar a proteção necessária sobre o consentimento de incapazes. Nesse sentido, como já exposto, o Código Civil Brasileiro dispõe que o médico deve observar o interesse da pessoa e as normas vigentes sobre o caso, conforme declara o artigo 7º da referida Declaração²⁰:

(a) a autorização para uma investigação ou uma prática médica deve ser obtida em conformidade com o superior interesse da pessoa em causa e com o direito interno. No entanto, a pessoa em causa deve participar o mais possível no processo de decisão conducente ao consentimento e no conducente à sua retirada; (b) a investigação só deve ser realizada tendo em vista o benefício direto da saúde da pessoa em causa, sob reserva das autorizações e das medidas de proteção prescritas pela lei e se não houver outra opção de investigação de eficácia comparável com participantes capazes de exprimir o seu consentimento. Uma investigação que não permita antever um benefício direto para a saúde só deve ser realizada a título excepcional, com a máxima contenção e com a preocupação de expor a pessoa ao mínimo possível de riscos e incômodos e desde que a referida investigação seja efetuada no interesse da saúde de outras pessoas pertencentes à mesma categoria e, sob reserva, de ser feita nas condições previstas pela lei e ser compatível com a proteção dos direitos individuais da pessoa em causa. Deve ser respeitada a recusa destas pessoas em participar na investigação (art.7º)²⁰.

Entretanto, os menores absolutamente incapazes precisam de seus representantes legais para a prática de atos da vida civil, sob pena dos atos praticados por eles serem nulos. Ou seja, uma criança, sem anuência dos seus pais ou responsáveis, não pode simplesmente autorizar o médico a realizar determinado procedimento, de acordo com a parte geral do Código Civil⁷⁶:

A regra geral é: qualquer ato praticado por menor dessa idade é nulo. É claro que a capacidade, física e intelectualmente falando, varia de pessoa para pessoa. Contudo, a atual lei civil devia fixar uma regra geral e preferiu o limite de idade como critério para a incapacidade. Não se esqueça, contudo, que a

doutrina luta com critérios difíceis para sustentar a nulidade de todo e qualquer ato praticado pelo menor incapaz, pois sabemos que muitos negócios são praticados por eles, os quais são socialmente aceitos (p.155-156)⁷⁶.

Salienta-se também, conforme o Código Civil, que os atos praticados pelos insanos mentalmente são passíveis de nulidade, assim como bem apregoa o autor Carlos Roberto Gonçalves⁷⁷:

A fórmula genérica empregada pelo legislador abrange todos os casos de insanidade mental, provocada por doença ou enfermidade mental congênita ou adquirida, como a oligofrenia e a esquizofrenia, por exemplo, bem como por deficiência mental decorrente de distúrbios psíquicos (doença do pânico, p.ex.), desde que em grau suficiente para acarretar a privação do necessário discernimento para a prática dos atos da vida civil (p.87)⁷⁷.

O artigo 4º da mesma lei traz as hipóteses da *incapacidade relativa* (os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos; os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo; e os pródigos). Esta incapacidade relativa pode ser suprida com assistência de pessoas maiores e capazes que irão auxiliar o relativamente incapaz a praticar atos⁷⁷.

A incapacidade relativa diz respeito àqueles que podem praticar por si os atos da vida civil desde que assistidos por quem o direito encarrega desse ofício, em razão de parentesco, de relação de ordem civil ou de designação judicial, sob pena, de anulabilidade daquele ato (CC, art. 171, I), dependente da iniciativa do lesado, havendo até hipóteses em que tal ato poderá ser confirmado ou ratificado. Há atos que o relativamente incapaz pode praticar, livremente, sem autorização. (p. 42)⁷⁷.

Feitas tais considerações jurídicas sobre capacidade, na limitação do princípio da autonomia por incapacidade, vale destacar que tal situação configura-se, por exemplo, na área de pediatria, pois uma criança não tem capacidade para tomar decisões sobre sua saúde. Nesse caso, para que o médico realize procedimentos, diagnósticos e tratamentos é necessário que uma pessoa adulta e responsável pelo menor, geralmente os pais, tome conhecimento do caso e, com a ajuda dos médicos, no sentido de orientar corretamente, decida, por autorizar ou não, as ações do profissional, configurando assim, “decisão de substituição ou *proxy consent*”⁶⁷.

O direito dos pais de decidir, em nome das crianças, fundamenta-se em um contexto social em que a relação parental assume a responsabilidade e a integridade da família. Na maioria dos casos, a vontade dos pais deve ser respeitada, porém em casos de ausência ou de incapacidade (por alcoolismo, drogadição, problemas neurológicos ou distúrbios psiquiátricos)

solicita-se a presença do seguimento da linha parental ou aciona-se judicialmente os mecanismos que tratam acerca de tutela legal adequada⁶⁹.

Através do diálogo, entre equipe médica e pais, busca-se o consenso. A permissão parental deve ser buscada antes de qualquer intervenção. Nesses casos, podem surgir conflitos entre a equipe médica e os pais em relação à aplicação do princípio da beneficência, razão pela qual, a conciliação deve sempre ser buscada, cabendo ao corpo médico a explanação esclarecida em relação aos benefícios e riscos na tomada de decisão. Em caso de permanência de discordância, o pediatra deve como ofício, agir em prol da garantia da saúde da criança, levando em consideração o princípio assumido, da beneficência⁷⁹.

Aponta Nunes⁸⁰ que o conceito da autonomia é o direito da pessoa ter condições mínimas de autorrealizar-se. O dos menores devem ser salvaguardados pela sociedade para que possam usufruir de seu legítimo direito a um futuro aberto, esclarecendo o autor que esse direito é o exercício futuro da autonomia, inscrito numa categoria geral de direitos da criança (ou de outra pessoa com competência diminuída), que devem ser protegidos no presente para poderem ser exercidos mais tarde em sua vida:

Qualquer criança tem o direito básico à sua autonomia, e a sociedade deve providenciar todos os meios para que essa possa gozar de seu legítimo direito a um “futuro aberto”. A existência de tal direito foi proposta por Joel Feinberg referindo-se ao conceito de “rights-in-trust” (direitos protegidos), isto é, direitos que devem ser salvaguardados até que a criança atinja a idade adulta⁸⁰.

Esse assunto está longe de gerar consenso e é palco de conflitos jurídicos. O objetivo médico é de razoável compreensão, quando se trata de agir amparado pelo princípio da beneficência, porém o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁸¹ prevê, em seu artigo 17, o direito à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, protegendo, expressamente, a autonomia.

Ressalte-se, no entanto, por ausência de dispositivo legal, que o menor de 16 anos tem direito à participação no processo que conduz ao consentimento, mas não pode sozinho legitimar o tratamento médico, pois lhes falta capacidade civil. Mais liberal foi o entendimento da Assembleia Ordinária do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, que aprovou a Resolução n. 42, de 13 de outubro de 1995, publicada no D.O do dia 17/10/1995, garantindo-se às crianças e adolescentes a participação na medida de seu desenvolvimento moral, a partir dos sete anos. Às crianças menores de sete anos é garantido, pela mencionada resolução, o direito de serem informadas, de forma adequada ao seu nível de compreensão. [...] Ressalte-se que o direito

à participação da criança e adolescente constitui medida protetiva em relação a ações contrárias aos seus interesses⁸².

Conforme a *American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics. Informed Consent, Parental Permission and Assent in Pediatric Practice – Pediatrics*⁷⁹, o médico pediatra deve incluir seus pacientes, conforme sua idade for aumentando na tomada de decisões sobre sua saúde. Assim, essa criança poderá assentir sobre seus tratamentos, mediante esclarecimentos apropriados por parte do médico, desde que considerando seu grau de desenvolvimento. O importante é relatar uma noção geral do que significam os exames ou tratamentos a serem realizados e criar condições a que a criança opine sobre o que deseja ou espera para sua saúde.

A autodeterminação também não pode interferir no direito alheio, ou seja, a forma de pensar ou agir do paciente não deve resultar em danos a outras pessoas, tendo em vista que o direito individual pode não se sobrepor a um direito coletivo. Um paciente fumante, ignorando as recomendações médicas de que este hábito faz mal a sua saúde, pelo fato de ter autonomia, liberdade de continuar fumando, não pode fumar ao lado de outras pessoas não fumantes, ou em uma ala de internação dentro de um hospital, por exemplo. Este ato de vontade isolado, se praticado, irá prejudicar uma coletividade local. Portanto, sua autonomia de nada adianta se for exercida em prejuízo alheio, sequer prevalece.

Em consonância com a Constituição Federal, que assegura o direito de liberdade e de exigência legal para que alguém seja obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, o Código Penal – CP, Decreto-Lei n. 2.848/1940⁴², no capítulo dos crimes contra a liberdade individual, pune com pena de detenção ou multa quem constranger alguém a fazer ou deixar de fazer alguma coisa que não está em lei.

Entretanto o mesmo dispositivo, artigo 146, § 3º, faz duas exceções a essa regra: *primeiro*, quando se tratar de “intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida”; *segundo*, quando “a coação exercida para impedir suicídio”⁴². Por essa razão, resta comprovado, que no ordenamento jurídico pátrio pode haver limitação do princípio da autonomia, onde não há consentimento prévio do paciente, mas que não haverá penalidade para o médico se ele agir com o intuito de salvar a vida que está em iminente perigo.

Dessa forma, embora o respeito às pessoas pelos profissionais de saúde seja primordial para uma boa relação entre médicos e pacientes, ela pode ser restringida. E, nem sempre quando isso ocorre, pode-se afirmar tratar-se de violação de um princípio bioético. Cabe a ambas as partes, partilhar das decisões sobre a saúde do paciente, mas não pode haver abuso de ambas as partes, nem tão pouco negligência.

1.4 JUSTIÇA

A justiça corresponde a uma das maiores virtuosidades, qual seja, a de *dar a cada um, o que lhe cabe* de acordo com sua necessidade. Para tanto, pressupõe equidade na distribuição de bens, benefícios e recursos de forma que não seja nem mais e nem menos do que o necessário. Nesse sentido, José Eduardo de Siqueira⁸³ sinaliza tal princípio ao citar o Jurista Francês Jean Bodin:

Entendo por justiça a reta distribuição das recompensas e das penas e do que pertence a cada um de acordo com o direito [...]. Dita distribuição só pode realizar-se pela aplicação conjunta dos princípios da igualdade e da semelhança, o que cabalmente constitui a proporção harmônica [...]. Nenhum autor grego ou latino referiu-se à justiça harmônica seja para sua distribuição, seja para o governo da República. Não obstante, se trata da forma de justiça mais divina e mais excelsa [...] (p.74)⁸³.

Um ponto de partida para buscar a justiça é ter algumas bases de definição que possam direcionar o indivíduo a alcançar o que é justo. Beauchamp e Childress⁴⁹ exemplificam alguns princípios básicos: a) para cada um, igual porção; b) para cada um, de acordo com sua necessidade; c) para cada um, de acordo com seu esforço; d) para cada um, de acordo com sua contribuição; e) para cada um, de acordo com seu mérito e; f) para cada um, de acordo com as regras de livre mercado.

Paulo Antonio de Carvalho Fortes⁸⁴ ao considerar o princípio ético da justiça retoma os conceitos de Platão, Aristóteles e São Tomás de Aquino sobre o que se entende por justiça; aliás, questão de forte impacto no pensamento jurídico e filosófico ocidental.

A ideia de justiça é relativa a uma dada cultura em determinado momento histórico. Platão entendia que *o justo era cumprir o que é próprio de cada um*. Seu seguidor, Aristóteles, afirmava ser a justiça o fundamento para a constituição de uma sociedade ordenada, com vistas à realização de uma vida social feliz, *dando a cada um, o que é seu ou a cada um, o que lhe compete*

ou que lhe é devido. Para Tomás de Aquino era a totalidade da virtude, presidindo a procura do bem comum⁸⁴.

John Rawls⁸⁵, filósofo norte-americano do século XX, expôs em sua obra – Uma Teoria da justiça - que “a justiça é a principal virtude das instituições sociais como a verdade é aquela dos sistemas de pensamento”. Com relação à justiça na área da saúde, destaca-se que as pessoas têm direito a cuidados dignos e decentes com sua saúde e que tenha acesso igual aos tratamentos, procedimentos e diagnósticos disponíveis na área da medicina.

Assim como o princípio da autonomia é atribuído, de modo geral, ao paciente, e o da beneficência ao médico, o da justiça pode ser postulado, além das pessoas diretamente vinculadas à prática médica (médico, enfermeira e paciente), por terceiros, como poderiam ser as sociedades para a defesa dos direitos da criança, em defesa da vida, ou grupos de apoio à prevenção da AIDS, cujas atividades e reclamações exercem uma influência notável na opinião pública através dos meios de comunicação social⁸⁶.

A DUBDH²⁰, em seu artigo 10 aduz que “a igualdade fundamental de todos os seres humanos em dignidade e em direitos deve ser respeitada para que eles sejam tratados de forma justa e equitativa”.

No Brasil, o SUS – Sistema Único de Saúde foi implantado a partir dos esforços da constituinte de 1988. A chamada constituição cidadã procurou aproximar o marco jurídico nacional a um bem-estar social. Em princípio, o ato constitutivo do SUS levou em consideração a saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado. E, sua responsabilidade está a cargo do governo Federal, Estadual e Municipal. Esse sistema tem a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos nessas três esferas e seus princípios são: Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde⁸⁷.

Entende-se o princípio da universalidade como ideal. Seu processo é paulatino e busca, em seu processo de universalização, uma cobertura acessível a todos cidadãos do território brasileiro. Para que isso seja alcançado é necessário percorrer um longo caminho e enfrentar diversas barreiras, como: problemas culturais, econômicos e sociais e diversas barreiras jurídicas, que dão o tom de um Sistema Único de Saúde com avanços, mas com diversos retrocessos. Considerando tais dificuldades é que se nomina o princípio da “universalidade”, como finalístico.

Em termos jurídicos é importante destacar os esforços da Constituição de 1988³⁰ que traz em seu artigo 196 um avanço significativo: “A saúde é direito de todos e dever do Estado,

garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Outro princípio é o da “equidade”, em que se pretende tratar desigualmente os desiguais e assumir as disparidades sociais buscando alcançar a justiça através da igualdade de oportunidades, para um melhor desenvolvimento pessoal e social. Esse princípio traz consigo o objetivo de atuar em prol de grupos que não recebem acesso a saúde e desta forma busca redistribuir a oferta, as ações e os serviços na área de saúde. Portanto, a equidade funciona, primordialmente com foco em reorientar os serviços para adequar a oferta de saúde a um público que apresente maior necessidade e que obtém menor acessibilidade às prestações de saúde. E, por outro lado, trabalhar em prol de mapear a reorientação dos fluxos de investimentos e das regiões que ainda não contam com serviço de qualidade mínima (equidade geográfica).

Na promoção da saúde, o último princípio finalístico é a “integralidade”, a qual busca ofertar um modelo de maneira integral à saúde (ainda que a aplicação concreta deste princípio deva adequar-se ao pressuposto constitucional da “reserva do possível”). O ideal que se busca nesse sentido é um modelo de saúde que disponha de unidades de proteção de serviço, capacidade de inspeção nas áreas de vigilância sanitária, ambiental, sanitária e epidemiológica, promoção de saúde em grupos definidos – em que se busca a redução de danos e controle de riscos – assistência e recuperação das enfermidades da população e atuação eficaz na detecção, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos cidadãos usuários do programa.

Embora na teoria o SUS apresente uma ideia compatível com as aspirações dos seus indivíduos, na prática são constantes e necessárias as observações críticas em seu modelo de gestão, pois não se observa o cumprimento de sua doutrina principiológica em relação à concessão do acesso universal, integral e com equidade aos cidadãos brasileiros.

Por um lado, pacientes lidam diariamente com filas e longas esperas no atendimento da rede pública. Muitos desistem, outros procuram saídas alternativas e há, ainda, quem nem sequer consegue ser atendido; em contrapartida, os médicos e demais profissionais de saúde trabalham em situações precárias e com poucos recursos, assistindo uma constante violação dos princípios do próprio SUS e também dos princípios bioéticos. Se considerando que a justiça, em termos de saúde pública, é buscar igualdade entre as pessoas, oportunizar o mesmo tratamento a todos e distribuir equitativamente os benefícios dentro de uma determinada

sociedade, o modelo do SUS apresenta recorrentes violações a esses princípios, já que não tem tido infraestrutura organizacional para cumprir esse papel.

Portanto, para que se cumpra o princípio da justiça é necessário tratar com equidade cada indivíduo, levando em conta o que é correto, agindo com imparcialidade, neutralizando qualquer tipo de discriminação, seja ela de cor, raça, social, cultural, religiosa, financeiras etc., que possam afetar a relação entre médico e paciente.

1.4.1 Justiça Distributiva

A justiça distributiva, no âmbito da saúde, conforma a igualdade de distribuição dos recursos ou benefícios de saúde às pessoas que se encontram em condições semelhantes, mas sem deixar de considerar os casos diferenciados de cada uma, que devem ser tratados na medida de suas particularidades. Segundo Nelson Nery Júnior⁸⁸, o princípio da igualdade ou isonomia leva em conta as situações de semelhança ou não dos indivíduos para a aplicação de uma situação igualitária, justa: “Dar tratamento isonômico às partes significa tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na exata medida de suas desigualdades”⁸⁸.

O conceito de saúde por muito tempo foi considerado como – ausência de doença – depois, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde “não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social”⁸⁹. Esse conceito também não é o mais apropriado para os dias de hoje, pois é deveras complexo determinar, o que é um perfeito bem-estar? Além disso, em se tratando de saúde coletiva, as características apontadas no conceito acima podem não ser suficientes para abranger todos detalhes que envolvem uma sociedade que busca saúde com igualdade para todos. Contudo, a norma jurídica não deve nunca ser de tal modo permissiva que permita a ultrapassagem dos limites aceites e definidos pelas correntes mais representativas do pensamento humano, segundo Nunes (2014a)⁹⁰.

O princípio de igual dignidade dos seres humanos é a base de uma verdadeira justiça social na distribuição de recursos materiais destinados à saúde.

Assim entende Nunes⁹⁰:

Os direitos à vida, à alimentação, à família, aos cuidados básicos de saúde, não implicam que as pessoas sejam todas iguais, nem que ambicionem realizar os mesmos projetos de vida. Implica, sim, que, quaisquer que sejam as suas aptidões intelectuais (e daí a sua capacidade de florescer no seio da sociedade), lhes seja garantido um nível mínimo de condições sociais conforme à

dignidade da pessoa humana. Este princípio de igual dignidade dos seres humanos é, também, a base de uma verdadeira justiça social na distribuição de recursos materiais destinados à saúde⁹⁰.

Sobre sistemas de saúde e justiça distributiva, o Professor Paulo Fortes⁹¹ acrescenta um conceito mais amplo de saúde, englobando tanto o indivíduo quanto a coletividade. Assim se expressa:

Saúde pode ser compreendida como a expressão do maior grau de bem-estar que o indivíduo e a coletividade são capazes de alcançar por meio de um equilíbrio existencial dinâmico, mediado por um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. Sabemos que a saúde dos indivíduos, tanto como a saúde das populações, resulta de condições de vida e de trabalho, tendo como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (p.105)⁹¹.

Todavia, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil, os sistemas de saúde constituem fator social de grande relevância quando se pensa em ampliar a justiça e a inclusão social.

Refletindo ainda sobre o tema, Nunes⁸⁰ aponta que: “o preceito constitucional de que o sistema de saúde (tanto em Portugal como no Brasil) é universal (todos os cidadãos) e geral/integral (todo tipo de intervenções) pretende materializar o princípio da igualdade de oportunidades”.

Para o autor, a totalidade de problemas na área da saúde nesses países indica a necessidade de uma concretização de um novo comando de intervenção política e social, com mandamentos pré-definidos e consensuais, métodos de inclusão e de exclusão de Justiça distributiva e direito à saúde para atender toda à atenção básica⁸⁰.

Nunes⁸⁰ defende que o ideal é materialização do axioma anglo-saxão, que numa tradução redimentar diz:

A problemática remete-nos para um novo domínio de intervenção política e social, que é o estabelecimento de prioridades na saúde (Nunes; Rego, 2002). Partindo do pressuposto de que os recursos são limitados e que os custos com os cuidados de saúde tendem a crescer exponencialmente (devido, principalmente, ao aumento da expectativa de vida média da população, ao aumento do consumo de cuidados de saúde e à evolução científica e tecnológica na biomedicina), uma sociedade justa e democrática deve estabelecer, de acordo com regras pré-definidas e consensuais, os métodos de inclusão e de exclusão de determinadas intervenções na carteira básica de

saúde. Trata-se da concretização do axioma anglo-saxão “some healthcare for all versus, all healthcare for some”⁸⁰.

Os sistemas de saúde, que visam a inclusão social do maior número indivíduo aos serviços de saúde com qualidade e igualdade de condições, de forma universal – e também aqueles que não dispõem de recursos próprios para prover sua própria saúde –, se organizam em colaboração de instituições prestadoras de serviços de saúde, envolvendo paciente, profissionais de saúde, grupos afins, políticas públicas ou particulares, entre outros. Resultando, assim, em aspectos econômico e social de um país, para assegurar meios e condições dignas que possibilitem aos indivíduos posicionar-se, da melhor forma, frente às situações de doenças. Sendo assim, para garantir o direito universal à saúde é fundamental implementar medidas que assegurem uma eficiente utilização dos recursos e um combate firme ao desperdício:

O combate ao desperdício e a poupança com sentido de responsabilidade são imperativos éticos que a sociedade deve plenamente assumir. A título de exemplo, a utilização de medicamentos genéricos, se respeitado o princípio da liberdade de prescrição e se não colocar em causa o melhor interesse do doente, é dever de natureza profissional (Rego, 2002). A presumível poupança com a utilização de genéricos poderá canalizar os recursos para outros domínios da saúde e, assim, melhorar a prestação global⁸⁰.

Autores, como Nunes e Rego⁹², contribuíram com um estudo abordando modelos de sistema de priorização equitativo na atenção à saúde, demonstrando “várias soluções para superar o problema da falta de sustentabilidade no sistemas de saúde pública”, porém alertando que “as medidas de racionalização e eficiência não devem ser negligenciadas e devem continuar a serem implementadas”.

Os autores ainda revelaram que “necessidades crescentes dos cidadãos, associadas ao envelhecimento e à conseqüente inversão levaram a uma discrepância entre demanda e oferta em saúde”. O estudo trouxe com destaque que muitos desses sistemas de priorização recorrem a uma proposta de Norman Daniels conhecida como “*Accountability for reasonableness*”. Assim, segundo Daniels, “a responsabilidade pela razoabilidade torna as decisões sobre estabelecimento de limites na área da saúde não apenas legítimas, mas também justas”. Mas, a proposta baseou-se em um conceito de saúde distinto da Organização Mundial de Saúde - mais amplo no que se refere aos direitos igualitários à assistência à saúde⁹².

Para efeito elucidativo, a proposta de Daniels preconiza que sejam transparentes as escolhas, com participação da sociedade e estas, devem acontecer por meio de procedimentos

justos de tomada de decisão, necessariamente não para atender às necessidades pessoais, mas daqueles julgados mais importantes⁹².

Complementando, Nunes e Rego⁹² apresentam diferentes opções para resolver a falta de clareza na metodologia de escolha para se conseguir decisões justas de estabelecimento de limites e aplicáveis à responsabilidade de Daniels, por estrutura de razoabilidade.

Para encontrar o equilíbrio entre uma geometria variável existente e o nível real de recursos de cada comunidade específica, Rui Nunes, Sofia Nunes e Guilhermina Rego sugerem a compatibilidade entre a “responsabilidade pela razoabilidade”, de Norman Daniels e a visão integrada de saúde da Organização Mundial de Saúde por meio da “igualdade de oportunidades”⁹³.

Dessa forma, com o objetivo de sugerir as bases para um direito de acesso à atenção à saúde de qualidade adequada, são propostas ferramentas necessárias para que o acesso aos cuidados de saúde seja viável em uma comunidade específica, de acordo com os recursos disponíveis. Assinala-se pois, que⁹³:

[...] A função de oportunidades iguais parece ser uma solução eticamente aceitável para a geometria variável existente, porque permite diferentes níveis de provisão e promove um racionamento ético, respeitando plenamente a responsabilidade pela razoabilidade⁹³.

Acredita-se que somente com a universalização dos direitos sociais à humanidade será mais igualitária no futuro, mesmo que o acesso universal seja limitado pela existência de restrições econômicas⁹³.

Esse acesso universal deve seguir o preceito da igualdade justa e da oportunidade⁹³:

Isso significa que o direito ao acesso à saúde deve ser interpretado à luz das teorias igualitárias - ou seja, o preceito da igualdade justa de oportunidades. Ou seja, todos os cidadãos devem iniciar suas vidas sociais com circunstâncias semelhantes, nos níveis biológico e social, para que possam desenvolver seus talentos e capacidades de acordo com o princípio da liberdade individual. No entanto, valores utilitários também devem ser considerados, como a necessária contenção de custos na análise de cuidados de saúde e custo-benefício, custo-utilidade e custo-efetividade⁹³.

Dáí porque, o acesso universal simplificado, conforme Nunes e Rego⁹², interpretado à luz das teorias igualitárias, garante o direito de toda a população iniciar sua vida social com condições similares nos níveis biológico e social, sobretudo, com o intuito de desenvolver suas habilidades conforme o princípio da liberdade individual, considerando os

valores utilitários, como a contenção de custos necessários nos cuidados de saúde e aferindo a relação custo-benefício, custo-utilidade e custo-efetividade.

Nunes⁹⁴ incisivamente relata que a política da saúde e sua regulação são temas que têm apaixonado a sociedade portuguesa ao longo das duas décadas. Em sua obra, conclui que a implementação de uma autêntica política de saúde tem como meta a promoção, e especialmente, a prevenção da saúde, com critérios de alocações de recursos claros e transparentes. Para tanto, sustenta⁹⁴:

[...] Assim, a organização do sistema de saúde – para além de ser um espelho da sociedade em que vivemos – deve ser encarada como o garante de determinados valores, nucleares, numa sociedade justa e democrática. Valores como a liberdade, a igualdade de oportunidade ou o bem comum, devidamente ponderados, de modo a que a proteção da saúde não seja considerada apenas como um bem individual mas, a *fortiori*, como um investimento social⁹⁴.

Reportando, ainda a Nunes⁹⁴, este propõe medidas para a melhoria do sistema de saúde português denominado “Serviço Nacional de Saúde”, que devem ser cuidadosamente apreciadas à luz de novas correntes de opinião, com um modelo organizacional assentado na realidade social, cultural e econômica da sociedade. Defende também, a proposta da criação de Sistemas Locais de Saúde, conjuntamente a uma visão global de saúde, passando tanto pela promoção como pela articulação com as políticas educativas, de habitação, de saneamento, e até mesmo ambientais. O sistema deve administrado de acordo com métodos empresariais modernos, sob a coordenação do Ministério da Saúde e supervisão da Entidade Reguladora da Saúde⁹⁴.

Por certo, o sistema defendido por Nunes⁹⁴ tem semelhança com o atual sistema de saúde brasileiro proposto, apesar de entraves em sua viabilização na realidade como um todo. O que então deve ser corrigido ou otimizado? De pronto, observa-se que a aplicação das verbas com a saúde, a equidade no acesso e a universalidade na cobertura, devem ser assuntos de sérios debates, estabelecendo-se prioridades e quais os serviços que o sistema realmente pode oferecer aos cidadãos.

Nunes⁹⁴, ainda, destaca pontos importantes para um novo modelo de organização do sistema. Expõe inicialmente, que qualquer que seja a solução para a melhoria do atendimento à saúde é essencial a reforma dos cuidados primários por particular relevância. Explica, exemplificando, com comprovações, que a especialidade em Medicina Geral e Familiar tem capacidade de resolver cerca de 85 a 90% de todas as ocorrências de consultas de um paciente

e de seus familiares, como agente promotor da saúde e, principalmente, por prevenir determinados comportamentos de risco, acompanhamento e adoção de estilos mais saudáveis de vida.

Destaca também o autor, a indispensabilidade da garantia de qualidade do serviço, alicerçada nos métodos de diagnóstico e tratamento, além da qualidade das metodologias de gestão e administração da saúde, o que significa dizer, a creditação e/ou certificação da excelência na saúde, implicando em um nível de exigência a ser validado, pelo menos, de três em três anos, como no sistema americano, igualmente para o setor público, privado e social⁹³.

Salienta também Nunes⁹⁴, que a criação de uma agência específica no domínio da excelência, à semelhança do Reino Unido, é crucial para a melhora do sistema de saúde português:

Assim, no quadro de uma profunda transformação da prestação de cuidados de saúde ao longo das últimas décadas, Michael Rawlins, presidente do NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), defende que este instituto deve desenvolver a sua actividade de acordo com três objetivos muito concretos: determinar a efectividade clínica de novas modalidades de diagnóstico e tratamento (incluindo medicamentos e dispositivos médicos); determinar o seu custo-efectividade; e produzir recomendações sobre como e quando devem ser utilizados no serviço público de saúde, segundo Rawlins (2004)⁹⁴.

Pontua Nunes⁹⁴ ser primordial o crédito na orientação baseada na evidência clínica comprovada, com possível diminuição de recursos em medicamentos com eficácias discutíveis, ressaltando, que isso não significa a desumanização da saúde, sobretudo no que se refere aos segmentos mais desprotegidos, como por exemplo, os cuidados continuados com as pessoas idosas e portadores de deficiências, uma vez que essas pessoas naturalmente mais recursos consumirão no futuro. Sendo assim, esses são vetores prioritários do novo sistema.

No entanto, o que chamou mais atenção na leitura da obra de Nunes⁹⁴ foi o tópico sobre a participação ativa cívica dos cidadãos na elaboração das estratégias da regulação e, sobretudo, na vida cotidiana das instituições, com criações de um Conselho do Doente e da Família junto aos hospitais, centros de saúde e lares de terceira idade, de forma que a sociedade possa exercer de maneira voluntária um papel social de apoio nas atividades que os profissionais da saúde não dispõem de tempo, o que permite humanizar, ainda mais, o sistema⁹⁴.

Outro grande desafio da regulação da saúde, segundo Nunes⁹⁴ é “conseguir demonstrar um elevado nível de responsabilidade social, para que a falta de *accountability* política não seja considerada como um travamento à sua legitimidade”.

Por fim, explica que muitos economistas entendem que a regulação da saúde tem como finalidade corrigir as falhas de mercado num ambiente fortemente concorrencial. Mas, para o autor deve ser considerada como uma ferramenta de ganhos nesse setor, ou seja, um estímulo às inovações tecnológicas, de forma que a qualidade assistencial não seja nunca afetada por regimes contratuais que incitem uma prática clínica inadequada, com a evidência científica disponível, mesmo que tais relações contratuais teoricamente sejam imunes à interferência regulatória⁹⁴.

2.PROFISSÃO MÉDICA: FUNÇÕES, ESPECIALIDADES E ATRIBUTOS

A profissão, genericamente, pode ser compreendida como uma atividade dominada por indivíduos vocacionados e competentes para atuação em determinadas áreas. Destreza e habilidades específicas são atributos de um agente profissional para exercer com autonomia, uma atividade que o satisfaça profissionalmente e que seja, ainda, coletivamente relevante. A atuação profissional requer capacitação e formação especializada, haja vista a produção/construção e a disseminação de conhecimentos inerentes ao ramo de atuação.

Maria Helena Machado⁹⁵, em sua obra “Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica”, expressa o entendimento do conceito de “profissões” a partir dos escritos de teóricos da área como: Moore, Wilensky, Larson, Freidson, entre outros. Para a autora, há consenso em relação à compreensão conceitual de “profissão” no sentido de que, “a existência de um corpo esotérico de conhecimento e a orientação para um ideal de serviços são dois atributos inquestionáveis para se definir uma profissão”. Cita ainda, o entendimento de Weber (1984) sobre o tema, “uma profissão é uma peculiar *“especialización y coordinación que muestran los servicios prestados por una persona, fundamento para la misma de una probabilidade duradoura de subassistencia e de ganancias”* (p.14)⁹⁵.

Tomando por base tal entendimento, as profissões podem configurar-se por motivo de subsistência, por meio das quais são exercidas determinadas funções com remuneração, vinculadas a “uma associação reguladora de economia (divisão servil do trabalho) ou, com méritos de uma orientação autônoma, pela situação de mercado de serviços (divisão livre das profissões)”(p.15)⁹⁵. Há dados históricos que apontam que o estudo das profissões é de interesse da sociologia, desde o surgimento da abordagem em que se faziam reflexões e teorias sobre o tema. Neste estudo são abordadas várias contribuições de estudiosos na área, a começar, as surgidas na década de 1930, por parte dos sociólogos funcionalistas Parsons e Barber, os quais conceberam a profissão – como um modelo superior aos ofícios e à ocupação⁹⁶. Assim, “na visão funcionalista, uma atividade só pode ser considerada uma profissão se ela possuir um conjunto específico e preciso de atributos” (p.3)⁹⁷.

Dentre as abordagens sociológicas, outra linha merece destaque. Com origem na Escola de Chicago, os interacionistas buscam entender em que circunstâncias ocorrem a passagem de uma ocupação para uma profissão. Por parte dos interacionistas simbólicos, o mundo do trabalho não é somente baseado na racionalidade técnica e econômica, pois

nesse contexto destacam-se também, a personalidade individual e a identidade social do sujeito.

Nas décadas de 1970 e 1980 surgiram as chamadas “novas teorias da profissão”- uma abordagem adotada por “neoweberianos” com ênfase no papel dos mecanismos econômicos, do poder e das estratégias profissionais. Nesta visão, a profissionalização torna-se excludente com a capacidade de controlar e limitar o acesso a uma ocupação, conforme corrobora Diniz ao afirmar que (2001)⁹⁶: “[...] para estes autores-neoweberianos, "profissões" seriam aquelas ocupações particularmente bem sucedidas em seu projeto de "fechamento" com base em credenciais educacionais, e de controle das condições de seu mercado [...]”(p.31)⁹⁶.

Uma abordagem recente da sociologia das profissões é destaque nas obras de Eliot Freidson. Este autor aborda as questões do poder na profissão, como uma ferramenta política e não funcional. Segundo Angelin (2010)⁹⁷:

Em um dos seus artigos, Freidson (1996) propõe esboçar uma teoria, nomeada “teoria do profissionalismo” para explicar e fazer uma análise sistemática das profissões. Segundo ele, o profissionalismo seria uma espécie de tipo-ideal, um instrumento capaz de proporcionar aos trabalhadores com conhecimento e qualificação, os recursos que permitiria a ele o controle do seu próprio trabalho. O profissionalismo seria num método diferente de organizar a divisão do trabalho, pois ele permite que as ocupações negociem os limites jurisdicionais entre si e organize e controle a própria divisão do trabalho. Para ele, o número da diferentes ocupações e empregos, o grau de hierarquia e a estabilidade das especializações não são fixas e portanto, variam ao longo do tempo. E isso permite organizar e controlar a própria divisão do trabalho. Sendo assim, sempre que houver um menor número de ocupações diferentes e um menor grau de hierarquia, a divisão do trabalho está sendo controlada pelas ocupações. Quando isso ocorre, tendem a ser mais estáveis e mais longas. (p.10)⁹⁷.

No Brasil, ao tratarmos do assunto, partimos da visão constitucional dada pelo artigo 5º da Constituição Federal de 1988, inciso XIII, que dispõe: “[...] é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”³⁰. Porém, ao garantir o livre exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão a Constituição não o faz de forma absoluta. Isso porque, o legislador pode criar restrições à atividade privada de certas profissões, quando verificar que necessita de regulamentação decorrente de capacidade técnica e, ainda “toma em consideração parâmetros fundados em razões de interesse público, como aquelas que concernem à *segurança, à proteção e à saúde* das pessoas em geral”⁹⁸. O tema sobre o livre exercício

profissional será mais adiante exemplificado.

O Brasil firmou convênio com a Organização das Nações Unidas (ONU), por intermédio da Organização Internacional do Trabalho (OIT), no Projeto de Planejamento de Recursos Humanos (Projeto BRA/70/550), para criação da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), que tem como fundamento a Classificação Internacional Uniforme de Ocupações (CIUO), de 1968. Restou ao Ministério do Trabalho e Emprego, a responsabilidade de elaborar e atualizar a CBO, por força das Portarias n. 3.654, de 24.11.1977, n. 1.334, de 21.12.1994 e n. 397 CBO 2002⁹⁹.

A Classificação Brasileira de Ocupações – CBO é o documento que reconhece, nomeia e codifica os títulos ocupacionais e descreve as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. Permite retratar as mudanças ocorridas no mercado de trabalho, padroniza os códigos e descrições das ocupações com o objetivo de serem utilizados pelos mais diversos atores sociais, bem como, atender às demandas específicas relacionadas às ações de intermediação de mão-de-obra, qualificação social e profissional, seguro-desemprego, estatísticas do trabalho, Censo, dentre outros⁹⁹.

Saliente-se que nem toda ocupação é uma profissão. Enquanto a profissão corresponde a uma atividade determinada o que exige conhecimento e qualificação para o seu exercício dentro de uma sociedade, a ocupação pode ser considerada um emprego regular ou qualquer atividade com a qual se preencha o tempo¹⁰⁰.

Os profissionais de nível superior ou técnico, que se submetem a cursos de formação, necessitam comprovar suas aptidões através de diplomas/certificados emitidos por instituições regulamentadas e credenciadas pelos órgãos competentes. Não apenas com o intuito de comprovar sua formação, mas também como uma forma de garantia ao contratante ao direito de saber se está contratando uma pessoa apta para aquela atividade. Algumas profissões exigem vínculo com uma entidade de classe – conselhos e/ou sindicatos que as representam e regulamentam, assim como ocorre, por exemplo, com advogados, médicos, administradores, contadores, etc. Essas profissões e outras contam com conselhos regionais e federais.

Para este estudo, interessa o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina, instituídos pelo Decreto-lei n. 7.955/1945, este revogado pela Lei n. 3268/1957, que representam, supervisionam, disciplinam, fiscalizam a profissão médica, objeto desta análise, com previsão legal no artigo 2º desta lei:

Art. 2º. - O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em ‘toda’ a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente¹⁰¹.

Tanto o Conselho Federal de Medicina quanto os Conselhos Regionais são órgãos fundamentais para a defesa da sociedade no que tange à saúde da população.

O Conselho Federal de Medicina foi criado em 1951, com a finalidade de fiscalização e normatização da prática médica visando defender a saúde da população, dos interesses da classe médica, a boa prática médica, o exercício profissional ético, boa formação técnica e humanista, garantia de qualidade na prestação de serviços médicos¹⁰².

O profissional liberal, no caso o médico, pode ser definido como um profissional de conhecimento técnico ou específico em determinada área que exerce suas funções com autonomia, independência, nem sempre com vínculo empregatício, além de outras características. A Confederação Nacional das Profissões Liberais – CNPL se afeiçoa por um conceito mais completo quando trata de definir esses profissionais¹⁰³.

[...] diz respeito àqueles profissionais, trabalhadores, que podem exercer com liberdade e autonomia a sua profissão, decorrente de formação técnica ou superior específica, legalmente reconhecida, formação essa advinda de estudos e de conhecimentos técnicos e científicos. O exercício de sua profissão pode ser dado com ou sem vínculo empregatício específico, mas sempre regulamentado por organismos fiscalizadores do exercício profissional¹⁰³.

Conforme conceito de profissional liberal, no Minidicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa, Caldas Aulete (2004) afirma: “Diz-se da profissão de nível superior em que os profissionais não possuem vinculação hierárquica e exercem atividade técnica e/ou intelectual”¹⁰⁰.

Entretanto, há entendimentos na doutrina de que o profissional liberal não é só aquele que tem diploma de curso superior, como é o caso do médico e do advogado, por exemplo, mas também, aquele que “em outras palavras, presta serviço pessoalmente, em caráter permanente e autônomo, por conta própria e sem vínculo de subordinação, independentemente do grau de intelectualidade ou de escolaridade.”(p.312)⁹⁵. Pela ótica do Código, o melhor caminho é definir o profissional liberal pelas características de sua prestação de serviços, e não pelo seu grau de escolaridade, ou pelo enquadramento na regulamentação legal (p.312)¹⁰⁴.

Em diversas ocasiões, o Supremo Tribunal Federal entendeu que o exercício da

profissão não está condicionado a prévio registro ou licença de entidade de classe como, por exemplo, no caso do jornalista (RE 51196), de relatoria do Ministro Gilmar Mendes¹⁰⁴¹⁰⁵ e do músico (RE 635023), de relatoria do Ministro Celso de Mello⁹⁸.

Em 2009, houve um julgamento no Supremo Tribunal Federal, Corte jurisdicional Suprema no Brasil, Recurso Extraordinário (RE 511961/SP)¹⁰⁵, acerca da constitucionalidade da exigência de diploma de nível superior para o exercício da profissão de jornalismo. O Supremo, por maioria, decidiu pela não recepção do artigo 4º, inciso V, do Decreto-Lei n. 972/1969, que exigia diploma de curso superior de jornalismo, oficial ou reconhecido, registrado no Ministério da Educação e Cultura ou em instituição por este credenciada. Um dos argumentos para declarar a inconstitucionalidade da norma, é que esse Decreto é da época do sistema militar, não recepcionado pela Constituição Federal de 1988¹⁰⁵. A alegação¹⁰⁵ foi de que suas exigências correspondem a uma afronta à liberdade de imprensa, e não coaduna com o “o direito à livre manifestação do pensamento, inscrita no artigo 13, da Convenção Americana dos Direitos Humanos, também conhecida, como Pacto de San Jose da Costa Rica”.

Dessa forma, não é necessário ter formação superior de jornalismo para exercer tal profissão, o que abre oportunidade para uma pessoa que tenha nível médio ou até fundamental exercer tal ofício, conforme menciona o Ministro da Corte (STF), Marco Aurélio, em seu voto no presente RE 511.961/SP¹⁰⁶.

Nesses quarenta anos, Senhor Presidente, a sociedade se organizou visando a dar cumprimento ao decreto-lei. Nas unidades da Federação, surgiram muitas faculdades, considerado o nível superior em Comunicação, gênero. E agora chegamos à conclusão de que passaremos a ter jornalistas de gradações diversas, jornalistas com diploma de nível superior - e parece que, na quadra atual, se mitiga muito a importância de contar-se com diploma **de nível superior - e jornalistas que terão, de regra, o nível médio e, quem sabe, até apenas o nível fundamental.** (Documento assinado digitalmente conforme MP n. 2.200-2/2001 de 24/08/2001, que institui a infraestrutura de Chaves Públicas Brasileiras - ICP-Brasil. O documento pode ser acessado no endereço eletrônico <http://www.stf.jus.br/portal/autenticacao/> sob o número 393406 RE 511.961 / SP 2)¹⁰⁶. (grifo nosso)

Em 2011, o Supremo Tribunal Federal, em decisão da 2ª. Turma, considerou que a liberdade de expressão artística não se sujeita a controles estatais, entendendo inconstitucional a exigência de inscrição para efeito de exercício da atividade artística, com fundamento de que a regulamentação dos profissionais músicos não havia qualquer risco de dano social e que as restrições ao exercício de qualquer profissão ou atividade

devem obedecer ao princípio da mínima intervenção, a qual deve ser baseada pelos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, e, ainda, que “Não se trata de uma atividade como o exercício da profissão médica ou da profissão de engenheiro ou de advogado”⁹⁸.

No voto, o Ministro Relator Celso de Mello aponta⁹⁸:

[...] “Torna-se evidente, pois, que não é qualquer atividade profissional que poderá ser validamente submetida a restrições impostas pelo Estado, eis que profissões, empregos ou ofícios cujo exercício não faça instaurar situações impregnadas de potencialidade lesiva constituem atividades insuscetíveis de regulação normativa por parte do Poder Público, porque desnecessário, quanto a tais profissões, o atendimento de requisitos mínimos de caráter técnico-científico ou de determinadas condições de capacidade” [...] ⁹⁸.

Por sua vez, o mesmo Tribunal, em 2018, firma entendimento já consolidado nos Tribunais do País, decretando a nulidade da Resolução 219/2000, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito), que reconhecia a acupuntura como especialidade do fisioterapeuta, entendendo que a resolução extrapola as atribuições legais do fisioterapeuta, cuja lei não lhe permite realizar diagnósticos clínicos, nem prescrever tratamentos (atos intrínsecos à prática da medicina e necessários à prática da acupuntura)¹⁰⁷:

[...] “No mérito, destaco que o acórdão recorrido decretou a nulidade da Resolução 219/2000 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, por estar em desacordo com a lei que regulamenta a profissão” ¹⁰⁷.

Nesse sentido, segue trecho do voto¹⁰⁷:

“Nem diagnóstico clínico nem essa prescrição de tratamento podem ser realizados por profissional de fisioterapia ou terapia ocupacional, por lhe faltar competência legal para fazê-lo. É a realidade, a lei estabeleceu o que os referidos profissionais podem fazer e, entre suas atribuições, não está a de realizar diagnósticos clínicos, nem prescrever tratamentos. Por ter elastecido a matéria já regulada em lei, a atribuição de competência para a prática de acupuntura por profissional de Fisioterapia ou Terapia Ocupacional através de Resolução é ilegal, por dela desbordar” [...] ¹⁰⁷.

Ainda que haja entendimentos divergentes quanto às características do profissional liberal em relação a ser ou não autônomo, ter ou não obrigatoriamente curso de formação superior, ser ou não vinculado a uma entidade de classe, no caso do médico,

existe exigência expressa em dispositivo legal quanto à necessidade de comprovação da formação médica e o registro no conselho competente para o exercício pleno da profissão.

Nesse sentido, o artigo 1º do Decreto n. 44.045/1958¹⁰⁷ que dispõe sobre o regulamento do Conselho Federal e dos Conselhos regionais de medicina a que se refere a Lei n. 3.268/1957, expressa que os médicos para serem legalmente habilitados ao exercício da profissão precisam ter diplomas expedidos por Faculdades de Medicina oficiais ou reconhecidas no país, além de efetivarem suas inscrições nos respectivos Conselhos regionais de medicina para que possam exercer a medicina de forma legal. Insta salientar que há uma diferença entre o profissional liberal e o profissional autônomo, embora haja uma confusão quanto ao conceito desses dois profissionais, normalmente tratando-se um como sendo o outro.

No entanto, são encontrados conceitos que definem as características que individualizam um do outro. Conforme dito anteriormente, e apesar das ressalvas quanto ao nível de escolaridade/intelectualidade do *profissional liberal*, em regra, este tem nível superior, com ou sem vinculação empregatícia, goza de autonomia e independência para o exercício da sua atividade, possui título de habilitação expedido legalmente¹⁰⁸, geralmente possuem registro em órgão de classe como conselhos ou sindicatos, como é o caso dos médicos, advogados, engenheiro, etc. Já o *trabalhador autônomo*, é aquele “que trabalha por conta própria, sem vínculo empregatício”¹⁰⁰, tem sua independência financeira e econômica, não precisam deter necessariamente uma qualificação técnica ou certificado de formação naquela determinada área, embora inclua os profissionais com nível técnico, como os eletricitistas, marceneiros¹⁰⁹, que exercem sua atividade de forma individual.

Vale ressaltar que, no Brasil, o profissional liberal está sujeito ao Código de Defesa do Consumidor, Lei n. 8078/1990⁶⁷, responsabilizando-se pelos seus serviços prestados e também está subordinado aos princípios das relações de consumo: princípios da boa-fé, da informação, da transparência, da inversão do ônus da prova, da confiança, da vulnerabilidade, da segurança, e demais previstos no Código. O médico, sendo um profissional liberal, que atua diretamente com a satisfação do paciente e resultado do tratamento, deve observar tais normas, conforme já foi tratado no tópico sobre responsabilidade do médico.

2.1 Papel Social do Médico

A importância da medicina como ciência vital para a humanidade é indiscutível. Entretanto, o papel desempenhado pelos profissionais da área, com frequência, tem sido motivo para debates. Referindo-se ao médico, são constantes as questões que tratam sobre suas responsabilidades em relação à sociedade, seus pacientes, aplicação da medicina em si, local de trabalho, entre outras funções, com o intuito de atingir ao máximo, a humanização dessas relações. Recai também sobre o médico – assim como, sobre outros profissionais, a observância quanto às desigualdades sociais entre pacientes com maior ou menor poder econômico, pois ainda na atualidade e dimensão global há diferenciação de acessibilidade aos recursos de saúde, quando o fator decisivo é financeiro. Quanto maior o poder econômico de um paciente, maior suas hipóteses de esgotar todos os meios necessários e existentes para buscar sua cura, situação essa, inversamente proporcional ao paciente mais carente. Situação essa que também deve ser observada por um profissional, como o médico, com tamanha relevância social.

Antes de adentrar em aspectos mais detalhados desta temática, vale destacar a diferença, mesmo que sucintamente, entre o *status* social e o papel social relacionado ao profissional médico. *Status social*, pode ser entendido como a posição social que este médico ocupa, o prestígio com que é visto na sociedade, em função de sua posição econômica ou, ainda, devido à sua profissão; a importância que tem na comunidade em que vive, a qual classe social pertence entre outras características. Por sua vez, o *papel social*, de forma resumida, está ligado às ações desse sujeito que ocupa um determinado *status* social, ou seja, quais são seus deveres, obrigações, direitos a serem seguidos, no caso do médico para salvar vidas? Quais os comportamentos desejáveis, qual a postura adequada, qual o nível de interação social desse indivíduo em relação à sua comunidade e demais contribuições?

De fato, a função prioritária e fundamental do médico é salvar vidas, enfrentar as enfermidades em busca de cura. No entanto, pergunta-se: como estão sendo realizados os salvamentos e os tratamentos? Quem está tendo direito a eles? Qual a postura do médico frente a tais indagações? Como profissional tem tido oportunidade de exercer seu papel? De que forma? Adequada ou inadequadamente?

Nos primórdios da medicina, os médicos eram considerados semideuses, uma vez que suas palavras tinham maior valor, seus diagnósticos bastavam; mas a medicina passou por muitas transformações, de forma que a medicina “mágica” não é mais suficiente. Com o passar dos séculos, a medicina foi-se aprimorando, passou a fazer novas descobertas,

os médicos se qualificaram e se especializaram, passaram a atuar com mais liberdade e independência profissional. Paralelamente, a sociedade como um todo, evoluiu ao adquirir mais conhecimentos, informações, assim como no que se refere aos seus direitos, a ponto de ter surgido uma clientela mais exigente, a suscitar novas demandas.

Historicamente, antes do período hipocrático, a medicina era vista preponderantemente com misticismo, pouco racional. Por não haver muitos recursos e restritas descobertas científicas, o papel do médico era limitado e o acesso a esse profissional era para um reduzido contingente. Porém, tais condições, paulatinamente, foram-se modificando, sobretudo influenciadas pela doutrina hipocrática, até chegar ao estágio atual.

O papel do médico acompanhou o desenvolvimento das sociedades ao longo dos séculos. De sábio respeitado e criativo, a escravo grego em Roma. Na Grécia, os papéis eram diversos e muitas eram as possibilidades de atuação: social, política, cultural e ética. Da anulação de muitas dessas potencialidades na Roma antiga, pelo *status* cativo, à Idade Média, na qual o algoz limitante foi a herança individualista e curativa da prática médica, a medicina figurava entre praticantes privados de minorias aristocráticas nobres, servindo até como cortesão especialista em envenenamentos, e atuantes leigos ou religiosos por caridade aos pobres (Sigrest apud Almeida Filho e Rouquayrol; 2006:10). O nascimento da ciência moderna libertou a figura do médico de entraves sociais, políticos e econômicos, e, além de a racionalidade e o cientificismo aperfeiçoarem a medicina como ciência, a prática médica e os papéis do médico na sociedade ganharam diversidade e novas potencialidades, apesar de preponderarem os focos individual e curativo à saúde humana em detrimento do coletivo, devido ao pobre resgate e valorização desse ramo importante da tradição grega. Essa tendência ficou ainda mais marcante e evidente após o relatório escrito por Abraham Flexner, Relatório Flexner, em 1910, o qual deixou marcas de difícil modificação e superação, apesar de ser um desafio à geração médica do século XXI ressignificar esses valores, multiplicando as potencialidades de uma medicina científica e social na interação salutar entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo (p.22)¹¹⁰.

O profissional de saúde dos dias atuais não conta apenas com uma população esclarecida, mas também com número elevado de pessoas precisando de atendimento médico constante. Embora o médico tenha maior autonomia para exercer seu ofício, nem todo paciente pode custear seu tratamento. Decorrem daí, outros problemas bem mais graves para esse profissional administrar, e seu papel social dependerá de como ele administrará tais questões.

O médico, na atualidade, enfrenta junto aos seus pacientes, dificuldades econômicas, de políticas de saúde, de condições precárias de trabalho, bem como falta de aparato necessário para clinicar, diagnosticar, operar. E mais, salário abaixo do valor de mercado, carga horária excessiva, desvalorização profissional, burocracias, entre outros quesitos. Daí questiona-se se o médico tem tido autonomia para exercer seu papel de forma compatível com a sua profissão, já que se encontra liberto das amarras sofridas por profissionais, ao longo da história.

A importância do questionamento do papel do médico se torna relevante na medida em que a medicina ocidental deixa de ter sua centralização na figura do profissional e passa a depender de recursos, sem os quais a atuação do médico se torna ínfima, quase nula. Surge assim a “medicina de recursos” que, movida por uma sociedade que valoriza excessivamente a comprovação documental e a burocracia, transforma o recurso em quesito mais importante do que o médico em si. As pequenas exigências do dia-a-dia na medicina, as disponibilidades terapêuticas, as viabilizações diagnósticas, as comprovações laboratoriais, a documentação, a burocratização das políticas de saúde adquiriram papel tão importante quanto à atuação terapêutica propriamente dita, e muitas vezes o médico utiliza mais tempo no preenchimento de papéis, do que no relacionamento com o paciente. A relação médico-paciente parece ter abdicado da excelência, superado por uma série de normas que controlam assustadoramente a atuação médica, moldando-a em conformidade com políticas assistenciais cabíveis aos recursos oferecidos, para conforto de setores que, de alguma forma, beneficiam-se com tais procedimentos¹¹¹.

Insta salientar, também, que ao se reportar questões relacionadas às dificuldades econômicas incluem-se: a condição financeira do próprio paciente, se ele pode ou não arcar com aquele tratamento, bem como, o sistema público – Sistema Único de Saúde (SUS) – que deveria proporcionar saúde de forma igualitária a todos os cidadãos. Porém, tornou-se um hábito para os pacientes não poder contar com esse apoio, pois o Sistema Único de Saúde brasileiro não dispõe de condições adequadas para atender toda a demanda que lhe foi imposta. E ainda, mesmo que o paciente contrate um plano ou seguro privado de assistência à saúde acaba por enfrentar problemas com a cobertura de determinados procedimentos clínicos ou cirúrgicos ou com a marcação de consulta em tempo hábil.

Casos mais corriqueiros são as recusas das operadoras de planos de saúde ao firmarem contrato com os portadores de doenças ou lesões preexistentes. É dever legal das seguradoras/planos de saúde oferecer a esses beneficiários a cobertura parcial temporária (CPT), em um período máximo de até 24 meses, a partir da data de assinatura do contrato. Neste caso, é permitida a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos

de alta tecnologia em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) ou em Unidade de Cuidado Intensivo (UCI) e procedimentos de alta complexidade relacionados com a doença e/ou lesão preexistente. Por exemplo, um paciente com problemas cardíacos que entra em um plano poderá consultar um cardiologista do convênio. Mas, não poderá fazer uma cirurgia do coração ou ficar em uma UTI por causa do problema cardíaco, antes de vencer o prazo da CPT e, se o beneficiário quiser, ele poderá pagar mais para pular o período de CPT.

Diante de tantos percalços, a maestria da profissão médica fica ofuscada com esses e outros problemas diários a que os médicos têm de enfrentar em seu cotidiano. Muitas vezes, o paciente não sabe identificar de quem é a responsabilidade desses problemas e, por certo, a classe médica se fragiliza com tais situações. A legislação do país necessita avançar, em muito, em relação à assistência à saúde privada e pública. Neste sentido, a lei dos planos de saúde, em muitos pontos, reafirma, de forma específica, o que já era por direito dos consumidores. Com a vigência do Código de Defesa do Consumidor (CDC) foram regulamentados diversos direitos dos pacientes que já vinham sendo objeto de debate nos Tribunais Pátrios. Nesse sentido adverte Genival Veloso de França¹¹²:

Com certeza, a grande batalha a ser travada pelos consumidores no campo da prestação de serviços médicos será no sentido de controlar de vez os planos de saúde, cujas cláusulas contidas nos contratos, em letras microscópicas, são inaceitáveis, não só no que diz respeito às carências, mas, principalmente as de não obrigação de tratamento de determinadas doenças, como se o paciente pudesse escolher quando e de que viesse adoecer. Até porque o artigo 51, do CPDC, assim se expressa: "São nulos de pleno direito, entre outros, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que: "I - impossibilitem, exonerem ou atenuem a responsabilidade do fornecedor por vícios de qualquer natureza dos produtos ou serviços ou impliquem em renúncia ou disposição de direitos; [...]". A expressão "nulos de pleno direito" deixa bem claro que a cláusula de não atendimento a certas enfermidades jamais teve eficácia e sua nulidade retroage ao início do contrato, pois o que contrário à lei não tem eficácia¹¹².

A Lei dos planos e seguros privados de assistência à saúde foi objeto de Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI 193¹¹³, em que o excelso Supremo Tribunal Federal – STF, em 21 de agosto de 2003 concedeu liminar suspendendo a eficácia do art. 35-E e de parte do §2º. do art. 10 da Lei n. 9.656/98, por ofensa ao inciso XXXVI do art. 5º. da Constituição Federal (ato jurídico perfeito), bem como julgou constitucional os demais dispositivos da citada lei, declarando que os contratos celebrados antes da edição da Lei n. 9.656/98 não podem ser atingidos pela regulamentação dos planos de saúde. Com a decisão dos ministros do STF, o Plano – Referência de Saúde, por exemplo, que

impunha uma cobertura mínima a ser observada por todas as empresas, foi considerado constitucional. Em outro ponto, o ressarcimento das empresas ao Poder Público, quando a rede pública trata pacientes com planos de saúde, entretanto, não sofreu alteração.

Em 2014, o STF acolheu os embargos de declaração esclarecendo que continuam a depender de prévia anuência da Agência Nacional de Saúde (ANS) os reajustes de contratos firmados a partir da vigência da lei em análise, com redação dada pela Medida Provisória (MP) 2.177/2001, não alcançando os contratos celebrados antes da edição da lei. A decisão foi noticiada no sítio do STF¹¹⁴:

Na sessão desta quarta-feira (22), o Plenário do Supremo Tribunal Federal acolheu embargos de declaração que questionaram o acórdão da liminar deferida pela Corte na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1931, proposta pela Confederação Nacional de Saúde para questionar dispositivos da lei que dispõe sobre planos de saúde (Lei 9.656/1998). O Tribunal esclareceu que continuam a depender de prévia anuência da Agência Nacional de Saúde (ANS) os reajustes de contratos firmados a partir dessa norma, com redação dada pela Medida Provisória (MP) 2.177/2001, não alcançando os contratos celebrados antes da edição da lei. Por unanimidade, o Plenário seguiu o voto do relator, ministro Marco Aurélio. Ele destacou que o parágrafo 2º do artigo 35-E da lei está entre os trechos que tiveram a eficácia suspensa pela decisão do STF. O parágrafo, explicou o ministro, poderia constituir dispositivo autônomo, uma vez que não guarda dependência lógica com o *caput* do preceito, mas sim com artigo diverso da Lei 9.656/1998. O texto do dispositivo, afirmou o relator, submete a modificação das prestações pecuniárias à aprovação da ANS, independentemente do momento de celebração do contrato, “o que alcança as avenças formalizadas antes e após o início da vigência [da norma]”. O ministro concluiu pelo acolhimento dos embargos apresentados pela Presidência da República para assentar que a suspensão da eficácia no parágrafo deve se restringir à expressão “independente da data de sua celebração”, esclarecendo, assim, que a aprovação da ANS é válida aos contratos posteriores à edição da norma questionada na ADI.

Caso: Em agosto de 2003, no julgamento da medida cautelar na ADI 1931, que questiona os planos e seguros privados de assistência à saúde, o Plenário concedeu, por unanimidade, em parte, a liminar para declarar que os contratos celebrados antes da edição da Lei 9.656/1998 não podem ser atingidos pela regulamentação dos planos de saúde¹¹⁴.

Note-se que a decisão do STF também atingiu o § 2º, do artigo 10, da Lei n. 9.656/98 que estabelecia que as operadoras de planos de saúde eram obrigadas a oferecer o plano referência (com cobertura ambulatorial, hospitalar e obstétrica, em padrão de enfermaria) a todos os seus atuais e futuros contratos, considerando inconstitucional apenas, a expressão "atuais" e do dispositivo, o que desobriga as empresas a oferecer o plano referência para seus conveniados antigos.

A menção da decisão acima exemplifica um dos problemas enfrentados pelos médicos e pacientes, afetando sobremaneira a autonomia de ambos no campo da bioética. Por não estarem todos os envolvidos na relação contratual, plenamente livres para serem atendidos com a melhor assistência, os conflitos emergem e, com base a uma análise crítica, indicam que a qualidade dos serviços privados de assistência à saúde deveria considerar o respeito à vontade do sujeito paciente-consumidor, protegendo-o, principalmente nos momentos de maior vulnerabilidade.

O STF argumenta que a citada lei não fere o princípio da autonomia (art. 5º, caput, da CF) do paciente que firmou com o plano de saúde/seguradora contrato anterior à lei, pois deve-se respeitar o direito adquirido e o ato jurídico perfeito da relação contratual¹¹⁵:

[...] Decisão

O Tribunal, por unanimidade, reconheceu a legitimidade ativa da autora. Votou o Presidente. Em seguida, após o voto do Senhor Ministro Maurício Corrêa (Relator), não conhecendo da ação quanto às inconstitucionalidades formais e, na parte relativa à violação ao direito adquirido e ao ato jurídico perfeito, também não conhecendo da ação quanto ao pedido de inconstitucionalidade do caput do art. 35, e do § 1º da lei impugnada, e do § 2º da Medida Provisória n. 1.730-7/98, tendo em vista as substanciais alterações neles promovidas, e deferindo, em parte, a medida cautelar, tudo nos termos do voto do Relator, o julgamento foi suspenso em virtude do pedido de vista formulado pelo Senhor Ministro Nelson Jobim. Ausente, justificadamente, o Senhor Ministro Celso de Mello. Plenário, 20.10.99. Prosseguindo-se no julgamento, após o voto do Senhor Ministro Nelson Jobim, que acompanhou o Relator, o Tribunal não conheceu da ação quanto às inconstitucionalidades formais, bem assim relativamente às alegações de ofensa ao direito adquirido, ao ato jurídico perfeito e à inconstitucionalidade do artigo 35 e seu § 1º da Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998, e do § 2º, acrescentado a esse pela Medida Provisória n. 1.730-7, de 07 de dezembro de 1998, alterado pela Medida Provisória n. 1.908-17, de 27 de agosto de 1999, por falta de aditamento à inicial. Em seguida, deferiu, em parte, a medida cautelar, no que tange à suscitada violação ao artigo 5º, XXXVI da Constituição, quanto ao artigo 35-G, hoje, remunerado como artigo 35-E pela Medida Provisória n. 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, em seus incisos I a IV, §§ 1º, incisos I a V, e 2º, redação dada pela Medida Provisória n. 1.908-18, de 24 de setembro de 1999; conheceu, em parte, da ação quanto ao pedido de inconstitucionalidade do § 2º do artigo 10 da Lei n. 9.656/1998, com a redação dada pela Medida Provisória n. 1.908-18/1999, para suspender a eficácia apenas da expressão "atuais e", e indeferiu o pedido de declaração de inconstitucionalidade dos demais dispositivos, por violação ao ato jurídico perfeito e ao direito adquirido. Em face da suspensão da eficácia do artigo 35-E (redação dada pela MP n. 2.177-44/2001), suspendeu também a eficácia da expressão "artigo 35-E", contida no artigo 3º da Medida Provisória n. 1.908-18/99. Decisão unânime. Ausentes, justificadamente, o Senhor Ministro Celso de Mello, e, neste julgamento, o Senhor Ministro Gilmar Mendes.

Para Riani¹¹⁶, não se pode esquecer do compromisso social dos contratos particulares de plano de saúde. Ou seja, a prestação de serviço de assistência à saúde com rigor de qualidade. Contudo adverte que, embora se objetive a prestação de serviço de qualidade de maneira ilimitada, irrestrita em par de igualdade entre o público e o privado, essa é uma posição idealista¹¹⁶.

O conflito existe, já que de um lado encontra-se o direito fundamental à saúde do consumidor - sem vida e sem saúde não há que se falar em dignidade da pessoa humana -, e do outro, o princípio da autonomia privada, haja vista que o Código de Defesa do Consumidor permite a inserção, em contrato de adesão, de cláusulas limitativas de direito, desde que “redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão”, possibilitando atender a ordem econômica (art. 170, CR/88). [...] A autonomia privada tem como coluna de sustentação a igualdade material, a partir do dirigismo contratual feito pelo Estado ao controlar os contratos entre particulares, seja por meio de leis e atos normativos que primam pelos bons costumes e, principalmente, pela boa-fé que deve existir entre as partes contraentes (p.135)¹¹⁶.

Destaca Daniel Sarmiento¹¹⁷ que esses casos precisam de parâmetros que proporcionem “estretar as margens de discricionariedade judicial” a fim de evitar esse tipo de colisão. Pois, desta forma, é possível atingir as aspirações de ambas as partes. Ampliando, um lado, a segurança jurídica e, de outro, estabelecendo critérios para o controle social e a crítica pública das decisões judiciais a serem proferidas com relação a esse tema (p. 302- 303)¹¹⁷.

Os conflitos são numerosos quando envolvem a relação médico-paciente e o aparelhamento estatal, ou a atividade privada na área da prestação à saúde. Entretanto, esse dilema não se limita ao Brasil, outros países enfrentam problemas iguais ou piores. Entre esses conflitos, um dos maiores, é o fornecimento de medicamentos pelo Estado. Por exemplo, na Argentina, somente em 2000, foi decidido pela Suprema Corte a obrigatoriedade do Estado em fornecer os medicamentos aos pacientes.

Flávia Moreira G. Pessoa e Renata de Oliveira Santos¹¹⁸ abordam o tema sobre a legislação e as tendências relativas ao controle judicial de políticas públicas relacionadas ao direito à saúde no Brasil e na Argentina, especialmente quanto ao fornecimento de medicamentos e ao custeio do tratamento necessário aos pacientes portadores do vírus da AIDS. O objeto de análise do artigo é a conhecida decisão no “Caso da Associação Benghalensis”, proferida pela Suprema Corte de Justiça da Argentina, no dia 1º de junho

de 2000. Cita o artigo que a Associação Benghalensis e outras entidades governamentais, que desenvolvem atividades de combate à AIDS pleitearam junto ao judiciário a obrigação do Estado nacional, representado pelo Ministério de Saúde e Ação Social da Nação, a prestar auxílio na assistência, tratamento e reabilitação dos doentes, especialmente através do fornecimento dos medicamentos necessários de forma contínua¹¹⁸.

No caso, a Suprema Corte Argentina deu ganho de causa à Associação, que é uma Organização Não Governamental (ONG) que postulou em nome coletivo, requerendo tutela a todos os seus associados que estavam infectados pelo vírus da AIDS. Em última instância, os ministros da Suprema Corte Argentina julgaram o Recurso Extraordinário, em que se manifestaram no sentido da legitimidade das associações para interpor a ação, em conformidade com o art. 43 da Constituição Nacional¹¹⁸. Pois, nos termos deste artigo, possuem legitimidade sujeitos potencialmente diferentes dos afetados diretamente, entre eles, as associações, por ação ou omissão que restrinja direito constitucionalmente previsto. A decisão afirmou que o Estado deve realizar prestações positivas a fim de evitar que os direitos individuais se tornem efetivos, entendendo que a Lei n. 23.798 declarou o interesse nacional do combate à AIDS e, em seu art. 4º, impôs a obrigação de fazer ao Estado, desenvolvendo programas destinados a este fim. Assim, o Estado teria o dever de disponibilizar os medicamentos necessários para o diagnóstico e tratamento da doença vírica¹¹⁸.

Faz-se menção às efetivações positivas do direito à saúde na Argentina, as quais foram consolidadas em sede jurisdicional pela Suprema Corte de Justiça Nacional, à luz dos compromissos internacionais de direitos humanos relativos ao direito à saúde, concluindo que¹¹⁸:

Acerca do tema, destacou-se a relevância do debate sobre a efetivação do mínimo existencial, resguardando o direito de cada indivíduo ser tratado como igual e detentor de uma vida digna, assim como acerca da chamada reserva do possível, relativa às alegadas possibilidades financeiro-orçamentárias dos estados. Considerando tais aspectos, os tribunais superiores de países como o Brasil e a Argentina têm decidido sobre a obrigatoriedade dos estados arcarem com o fornecimento de medicamentos e o tratamento necessário para os cidadãos enfermos, como os portadores do vírus da AIDS, conforme discutido neste trabalho. Quanto a isso, tem-se analisado os casos diante dos princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, decidindo-se a necessidade e possibilidade da causa. Desta forma, nesses países a legislação, principalmente de caráter constitucional, tal como a jurisprudência mais recente, adotaram uma postura de possibilitar uma real concretização dos mandamentos de proteção à saúde, defendendo o direito a uma vida saudável e digna¹¹⁸.

O Direito comparado é bastante enriquecedor para o entendimento das políticas públicas internacionais e, sobretudo, para obter uma visão global do contexto da saúde em que os médicos brasileiros e estrangeiros têm que exercer o seu papel social. Com base nas políticas públicas de saúde, tema já considerado, destacam-se as responsabilidades e os encargos dos Estados, com ênfase na inação dos poderes públicos para a efetividade dos direitos fundamentais, discutindo-se a Teoria da Reserva do Possível. Esta teoria teve origem na Alemanha, notadamente a partir dos anos 1970 e sustenta que não se pode ater, exclusivamente, à existência de recursos materiais e financeiros suficientes para a efetivação dos direitos sociais, mas sim, à razoabilidade da pretensão proposta frente à sua concretização.

Além disso, a dicotomia está na abordagem da alocação de recursos públicos para a saúde, sua eficiência e efetividade. Privando minimamente o ser humano ao direito universal à saúde. Conforme Ingo Sarlet (2003)¹¹⁹, o tribunal alemão posicionou-se da seguinte maneira:

[...] a prestação reclamada deve corresponder ao que o indivíduo pode razoavelmente exigir da sociedade, de tal sorte que, mesmo em dispondo o estado de recursos e tendo poder de disposição, não se pode falar em uma obrigação de prestar algo que não se mantenha nos limites do razoável (p.265)¹¹⁹.

Nesse contexto de colisões de direitos, tem-se a Bioética que surgiu para contribuir no campo da filosofia prática e/ou na ética aplicada. Sua criação não é simplesmente para dirimir conflitos de interesses e valores, mas, em muitas ocasiões, para a implementação da melhor solução, à luz de princípios morais previamente explicitados.

A integração da Bioética ao campo da saúde constitui um fator necessário para que as relações se tornem mais humanas, desde que plausíveis, agregando valores morais, sejam estes denominados direitos, princípios, virtudes ou cuidados. Dentro de cada contexto de valores, não são consensuais em todos os lugares e, em todas as culturas, motivo pelo qual alguns bioeticistas consideram o estágio atual da bioética como sendo particularmente conflitivo, em face do caráter de conflitos morais despontados nos últimos tempos¹²⁰.

Assim, os princípios (valores, virtudes) da bioética vieram para nortear as negociações e orientar compromissos assumidos pelos envolvidos em conflito. A pluralidade de concepções sobre o Bem e o Mal, o Justo e o Injusto, o Certo e o Errado que envolvem situações típicas que surgem no seio das sociedades democráticas

contemporâneas devem ser interpretadas e analisadas de forma a não se ter rígidos conceitos prejudicando uma das partes, especialmente, aquela mais necessitada. Os bioeticistas defendem que se faz necessário encontrar as soluções para os conflitos de interesses e de valores sem recorrer, consensualmente, a princípios de autoridade transcendentais (ou externos à dinâmica do próprio imaginário social), mas tão-somente “imanescentes” pela negociação entre agentes.

Por exemplo os bioeticistas Fermin Roland Schramm e Marlene Braz defendem que a bioética contempla uma tríplice função: a descritiva, a normativa e a protetora¹²¹.

[...] Por isso, pode-se dizer que a bioética tem uma tríplice função, reconhecida acadêmica e socialmente: (1) descritiva, consiste em descrever e analisar os conflitos em pauta; (2) normativa com relação a tais conflitos, no duplo sentido de proscrever os comportamentos que podem ser considerados reprováveis e de prescrever aqueles considerados corretos; e (3) protetora, no sentido, bastante intuitivo, de amparar, na medida do possível, todos os envolvidos em alguma disputa de interesses e valores, priorizando, quando isso for necessário, os mais “fracos”¹²¹.

Tais funções, portanto, devem reger os conflitos que surgem ou que ainda irão surgir. Nesse sentido, Jean Ladrière¹²² reflete acerca do sentido da bioética acerca das chamadas “éticas aplicadas”. Para o autor é necessário criar um espaço particular em que se discuta e esclareça os procedimentos éticos para determinar normas nesse campo de estudo e pesquisa¹²²:

A bioética, da maneira como ela se apresenta hoje, não é nem um saber (mesmo que inclua aspectos cognitivos), nem uma forma particular de expertise (mesmo que inclua experiência e intervenção), nem uma deontologia (mesmo incluindo aspectos normativos). Trata-se de uma prática racional muito específica que põe em movimento, ao mesmo tempo, um saber, uma experiência e uma competência normativa, em um contexto particular do agir que é definido pelo prefixo ‘bio’. Poderíamos caracterizá-la melhor dizendo que é uma instância de juízo, mas precisando que se trata de um juízo prático, que atua em circunstâncias concretas e ao qual se atribui uma finalidade prática através de várias formas de institucionalização. Assim, a bioética constitui uma prática de segunda ordem, que opera sobre práticas de primeira ordem, em contato direto com as determinações concretas da ação no âmbito das bases biológicas da existência humana (p.201-202)¹²².

Em que pese o enfrentamento contínuo de tantas dificuldades, a profissão médica deve estar ligada a um comportamento ético, compromissado, praticada com humanidade e sensibilidade caso a caso, respeitando seus pacientes e a sociedade.

Na construção do sujeito médico verdadeiro é exigência imprescindível, além do estudo perene contemporâneo e atualizado, a moral, a ética, a retidão de caráter, a empatia sincera, a alteridade acolhedora, a consciência social, a inclinação humanística e o amor ao semelhante, como missão diária de assim pensar, sentir e agir, enfim, *modus operandi*, o proceder, na prática médica cotidiana¹²³.

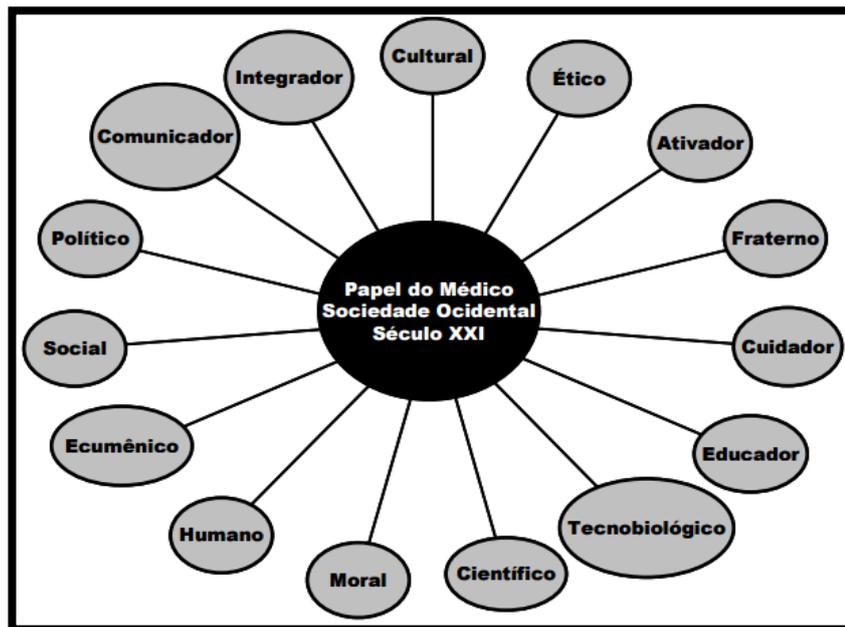
O médico, como profissional, tem de levar em consideração seus conhecimentos, resultados de longos anos de estudo, atualizar-se continuamente para que tenha capacidade técnica em aplicar os recursos científicos da melhor maneira possível em favor da medicina, sem desprezar seu lado humano, imbuído de solidariedade, afeto, mas sem se envolver emocionalmente. Agir com consciência social, identificar qual é seu papel na sociedade e descobrir como pode contribuir positivamente, ou seja, identificar quais mudanças podem ser feitas ao redor para melhorar sua atuação, de forma favorável à sociedade.

O médico, no exercício da profissão propriamente dita, é aquele que identifica as doenças que intervêm no curso natural da vida, através de diagnósticos, pesquisas, e com base nisso busca uma cura para essas anomalias. Quando não é possível esta cura, encontra iniciativas paliativas que garantam um mínimo de dignidade para seu paciente, bem como, soluções que previnam tal doença.

Com isso ele contribui para as políticas de saúde em prol do melhor resultado para o paciente. Como exemplos disso, tem-se a descoberta de cura para alguns tipos de câncer, e tratamentos para o controle de outras especialidades que ainda não atingiram a cura. Também como no caso da HIV/AIDS, que ainda não tem cura, mas já foi desenvolvido uma terapêutica que controla bem a doença, permitindo que seus portadores possam ter uma vida mais normal possível, inclusive afetivamente, podendo se relacionar sexualmente, sem colocar seus parceiros em risco, com o uso de preservativo.

Fica claro, portanto, que a função do médico vai além da bata branca e estetoscópio pendurado no pescoço. Nas doutrinas pesquisadas, não é comum encontrar o papel social do médico. Diante da escassa abordagem em trabalhos de referência para a doutrina médica no Brasil, destaca-se, a seguir, um relato sobre o tema exposto pela Monografia: *Papel do Médico na Sociedade do Século XXI: Analogia Vituriana*, proposta à 20ª. Edição do Concurso de Monografia sobre Ética, Bioética e Profissão Médica do CRM/PR (2009)¹²³. O autor propõe uma categoria de funções que devem ser observadas e postas em práticas pelos médicos na atual conjuntura¹²³. Esse papel deve ir além do tecnobiológico conforme imagem a seguir¹²³:

Figura 1. Papel do médico na sociedade ocidental do Século XXI



Fonte: Sant'anna; 2009¹²³.

Faz-se importante expor, sinteticamente, as características principais apontadas pelo autor com referência à Figura 1.

- a) **Tecnobiológico:** refere-se aos aspectos técnicos: devido a formação médica depender do desenvolvimento de habilidade e conhecimentos específicos; e biológico: pois envolve a estrutura do corpo humano e seu fisiologismo em condições normais e patológicas;
- b) **Educador:** destaca-se, aqui, o fundamental papel do médico como educador. Nesse sentido a reação médico-paciente é apropriada para que o médico exerça o ato efetivo de educar, até mesmo quando a fim de orientar seu paciente a adesão ao tratamento. Mais: suas orientações são significativas quanto a própria orientação de novos hábitos de vida, da simples posologia ou das complexidades subjetivas que a vida social exige;
- c) **Científico:** “a medicina é ciência, e o médico como sujeito dessa profissão, e grande área do conhecimento, deve agir como verdadeiro cientista. [...]”. Faz-se necessário, na prática médica, que o profissional mantenha-se atento como pesquisador crítico e interessado, haja vista o dinamismo e inovações propostas pela área, algo que exige do profissional médico atualização constante em termos metodológicos e práticos;
- d) **Moral:** “[...] É o que fomenta o compromisso, o humanismo, o ecumenismo, a consciência social, enfim, é o que cria pontes para interação subjetiva do sujeito médico com o mundo. [...]”; Embora de caráter subjetivo, a moral do médico esteja à prova constantemente, visto que a moral desse profissional figura entre a mecanicidade e o humanismo;

- e) **Ecumênico:** “[...] A profissão médica prescinde o credo. [...]. Os pacientes são pessoas que também creem ou não creem. Respeitar, sem qualquer discriminação, é obrigação ética e moral do médico. [...]”. O ecumenismo permite ao médico ter ou não fé própria, desde que se saiba respeitar e interagir de forma benéfica com a fé do outro. Tal opção pode e deve contribuir na vida profissional do médico, mas essa opção deve estar sempre em reflexão e intimidade com a sociedade;
- f) **Social:** “o papel social do médico é tão diverso quanto a própria sociedade. O compromisso social [...]”. Assim como na sociedade, no cotidiano do profissional médico é preciso preocupar-se em gerar frutos sinérgicos mais do que dicotômicos, principalmente na relação entre medicina social e medicina científica. O cotidiano do médico in terage de forma intensa as demandas sociais, seja ela individualidade ou manifesta de forma coletiva. Por isso, para esse profissional, não basta mais apenas curar as enfermidades, mas sim atuar ativamente em demandas sociais relevantes;
- g) **Político:** Faz-se referência ao papel do médico como cidadão atuante. Com capacidade de agir politicamente no âmbito cultural e social como comunicador, participando desde a macropolítica até as demandas da micropolítica de classe, processo, relação de trabalho, direitos e deveres sociais;
- h) **Ético:** A ética resulta da boa organização das relações sociais em todas as profissões. Em especial, a profissão médica, no caso brasileiro, é regida por um código de ética expedido pelo Conselho Federal de Medicina. O conselho destaca a ética como papel estruturante e significativo de todos os demais papéis e suas dimensões;
- i) **Cultural:** “[...]. O médico interage com a cultura da sociedade na execução de cada um de seus atos cotidianos. É criador e criatura, matéria e produto. Por isso a medicina é tida também como arte. [...]”. Cabe ao médico o respeito a cada cultura, costumes ou crenças, pois sua imersão em locais diversos passa pelo conhecimento profundo dessas questões. Conhecer e acolher a causa analisando esses fatores faz do papel cultura do médico algo elementar;
- j) **Comunicador:** “[...]. O ser comunicador para o médico instrumentaliza a própria prática médica, a qual depende integralmente da interação humana para quaisquer dos atos, da anamnese às orientações que lhe seguirão, por exemplo”. As inter-relações dependem desse papel do comunicador, isso complementa o papel de educador e seu caráter humano;
- k) **Fraterno:** Aquela que é fraterno ama o próximo. Essa é uma das principais características da fraternidade. [...] Esqueça o romântico, considere o fraterno! Corrobora Paulo Freire (1979a, p. 29) “Ama-se na medida em que se busca comunicação, integração a partir da comunicação com os demais”, “[...] O amor é uma intercomunicação íntima de duas consciências que se respeitam. [...]”, e, por fim, em conclusão, “[...] Quem não ama não compreende o próximo, não o respeita”;
- l) **Cuidador:** “[...] cuidar é alicerce de quaisquer das ações de saúde. O cuidado está presente na promoção, na prevenção, na cura e na reabilitação. Fundamenta-lhes a natureza e o sentido. Justifica-lhes a inter-relação. Transcende-lhes o significado. É significativo. É além. Está presente, constrói-se, traduz-se, expressa-se, manifesta-se, edifica-se, revela-se, num aperto de mão, numa escuta ativa e

fraterna, num abraço de consolo, numa prescrição correta, num ato cirúrgico preciso, num encaminhamento adequado, num resgate, numa conversa atenta, no incentivo ao autocuidado, num curativo, no lenitivo do sofrimento de qualquer natureza, no momento diagnóstico, na comunicação de fato grave de forma humana e acolhedora, no alívio da dor de qualquer hora, no conforto em momento de perda irreparável, e, mais ainda, no auxílio com o convívio cotidiano de doença sem cura, como qualidade na vida desse ser humano”;

- m) **Ativador:** “ser ativador para o médico é proceder sempre de forma reflexiva acerca de suas práticas e saberes, reconhecendo limitações e dificuldades, propor questões e perguntas, assumir postura inquisitiva e crítica, e estar sempre em busca do conhecimento para superar desafios. O papel ativador para o médico, portanto, é essência fundamental, fomentadora e motriz, principalmente, do ser social, político, cultural e ético. Ou seja, é o agir pró-ativo e consciente”;
- n) **Humano:** “O médico quando apenas trata, com o gesto, pode até curar, se possível. Se agrega, na relação com seu paciente, o cuidado como transcendência de sua terapêutica, seu tratamento, vai além do gesto, alcança, outrossim, a cura se factível e, entretanto, torna-se potencial baluarte / bálsamo consolador das dores do corpo, mente e alma. Além do gesto tecnocientífico há o elemento humano, vivo, edificador de condutas incompatíveis com protocolos. É energia empática subjetiva a qual permite chegar até a intimidade do próximo e lhe oferecer abrigo seguro, aliviar-lhe no âmago qualquer sofrimento. O papel humano do médico é esse olhar significativo e significativo que permeia os demais papéis e os dignifica. [...]”;
- o) **Integrador:** “o papel integrador é o desafio de integrar todos os demais papéis de forma coordenada, racional, subjetiva, humana e significativa, promovendo constante reflexão íntima, previamente e após as ações de saúde, com intento de ser médico integral e integralizante na sociedade moderna atual, do século XXI”¹²³.

Conclui-se que, no século XXI, o papel do médico ganhou relevância, tanto pela capacidade tecnológica usufruída e disponível na medicina, quanto pela maior relevância do seu papel social. A práxis médica no século corrente tem o dever ético de saber conciliar o tecnicismo com o humanismo, os benefícios científicos tecnológicos com a capacidade afetiva. Em certa medida, a tarefa diária do médico figura entre a mecanicidade e a sensibilidade. Assunto a ser abordado a seguir.

2.1.1 *Tecnicismo-Humanístico*

Existem avanços tecnológicos que possibilitam à medicina ultrapassar os limites do imaginável. Alguns merecem destaque, como é o caso da reprodução assistida, fertilização *in vitro*, inseminação artificial, que são técnicas utilizadas por médicos especializados para ajudar mulheres com problemas de reprodução, seja o problema da própria mulher ou do seu parceiro.

Alerta Barbas¹²⁴ que a revolução biotecnológica é um dos desafios do século XXI:

A revolução biotecnológica ameaça pôr em causa a identidade genética e fabricar, em laboratório, novos e diferentes seres humanos programados pela Ciência. É o rompimento total com o passado e a entrada num mundo novo. Está aberto o conflito entre a tentação da Ciência em criar um "homem diferente" e a necessidade de manter "as raízes" da nossa identidade pessoal e genética. É um dos grandes desafios do século XXI¹²⁴.

Desde o final do século XVIII começaram as tentativas de reprodução assistida, e em 1978, na Inglaterra, nasceu o primeiro bebê gerado *in vitro*, chamado Louise Brown; na Austrália, em 1984, nasceu a primeira criança (Baby Zoe) a se desenvolver a partir de um embrião criopreservado. No ano de 1981, o governo inglês já havia começado a estudar sobre o tema, e estabeleceu naquele ano o *Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embriology*, para cuidar do assunto, que levou três anos para publicar os resultados da pesquisa, ou seja, em 1984, no *Warnock Report*, e no mesmo ano em que nasceu o bebê australiano. Nesse mesmo ano, nasceu em outubro, o primeiro bebê de proveta no Brasil¹²⁵.

Com essas novidades na medicina, as entidades relacionadas e responsáveis pela normatização da prática médica começaram a estabelecer normas e diretrizes éticas, com o intuito de regulamentar a tecnologia nas reproduções e que fossem feitas respeitando a reprodução humana por métodos naturais. Essa foi uma postura adotada por várias sociedades médicas em diversos países, a partir da década de 1990 e também por instituições como a Igreja Católica e seu posicionamento histórico em relação ao tema.

No Brasil, o CFM tratou do tema, por meio de resolução, no ano de 1992, instituindo normas éticas para a utilização de técnicas de reprodução assistida, estabelecidas na Resolução n. 1358/92¹²⁶. A edição do documento levou em consideração que a questão da infertilidade humana é um problema de saúde e que ao passar por tais problemas, as pessoas têm o interesse de solucioná-lo. Considerou também que a parte científica da medicina passou a proporcionar possibilidades de superação, inclusive por meio da técnica de reprodução assistida. Entretanto, sua aplicação precisa estar em sintonia com a bioética.

Essa Norma instituída pelo Conselho Federal de Medicina estabeleceu princípios gerais que determinavam que as técnicas de reprodução assistida (RA) teriam um “papel auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana”¹²⁶, com o intuito de contribuir no processo de procriação, caso outros métodos não tivessem êxito. Além

disso, ressalta-se que deveria existir uma possibilidade real de alcançar seu objetivo sem colocar em risco à saúde da paciente ou do seu futuro filho.

Referindo-se ao procedimento de RA, o CFM esboçou a necessidade de que o princípio do consentimento informado, livre e consciente seja regra, tanto para os casos em que o procedimento for realizado com o próprio material dos progenitores, quanto para os casos em que houver doação. Torna-se assim, obrigatório o respeito a tais princípios por ambas as partes¹²⁶.

Também esclareceu o CFM, que a técnica não pode ser utilizada com o fito de definir previamente o sexo ou qualquer outra característica do feto, salvo para “evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer”¹²⁶. Da mesma forma, proíbe a fecundação de oócitos humanos, que não seja para procriação. E ainda, limita a quantidade de oócitos e pré-embriões a quatro, para evitar futuras reduções embrionárias em caso de gravidez múltipla, o que é terminantemente proibido pela Resolução.

Nos termos da referida Resolução, a doação de gâmetas ou pré-embriões não pode ter finalidade lucrativa ou comercial, devendo-se preservar o anonimato entre paciente e doador. O documento, ainda autoriza o congelamento de espermatozoides (criopreservação), permitindo o diagnóstico e o tratamento de pré-embriões, desde que seja feito com consentimento informado do casal. Além disso, permite a gestação de substituição, caso a receptora seja parente, até segundo grau da doadora, e que esteja clinicamente impossibilitada de seguir com a gestação.

No entanto, em 2010, a Resolução n. 1358/92 foi alterada pela Resolução n. 1957/2010 CFM¹²⁷, que logo na parte dos princípios gerais, trouxe uma importante alteração sobre a idade das mulheres e o número de embriões que cada paciente vai receber. De acordo com sua idade: mulheres com até 35 anos de idade serão transferidos até 2 (dois) embriões; mulheres com idade entre 36 e 39 anos, até 3 (três) embriões; e mulheres com 40 anos ou mais receberão até quatro embriões¹²⁷. A Resolução CFM n. 1957/2010 também inovou ao permitir a reprodução assistida *post mortem*, ou seja, se o doador do material biológico criopreservado deixar uma autorização legal, nos termos da legislação vigente, para que após o seu falecimento, este material possa ser usado, tal prática não representará um ilícito ético.

Mas, esta Resolução de 2010 foi revogada em 2013 pela Resolução CFM n. 2.013/13¹²⁸, trazendo mudanças, em decorrência da ADI 4.277 e ADPF 132 julgadas pelo Supremo Tribunal Federal, na sessão de julgamento de 5/5/2011, em que o Pleno desta Corte reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva;

também do limite de idade para uma mulher se submeter às técnicas de reprodução assistida, entre outras alterações.

Até a edição da Resolução 2.013/13¹²⁸, não existia limite de idade no Brasil para mulheres se submeterem às técnicas de reprodução assistida. A primeira Resolução (1992) não abordava essa premissa com detalhes, bastava que a mulher fosse capaz e consentisse, nos termos estabelecido e que o processo fosse de livre espontânea vontade. Na segunda Resolução (2010), foram restringidos os limites de transferência de embriões por faixa etária, sendo que a última faixa etária era 4 (quatro) embriões, para mulheres com 40 anos ou mais, sem estabelecer limite máximo de idade. Questões como: o prazo de descartes de pré-embriões congelados há anos em clínicas especializadas, adequação da reprodução assistida a casais homoafetivos e a adequação do procedimento por faixa, forçaram o CFM a atualizar-se de maneira mais criteriosa, a partir de 2010.

A Resolução CFM n. 2013/13 ao ser aprovada, expressou a permissão de uso das técnicas de RA por parte de casais homoafetivos e para pessoas solteiras, desde que respeitado o direito de objeção de consciência do médico; admitiu também, o descarte de embriões criopreservados com mais de 5 (cinco) anos, independentemente de serem para pesquisas de células-tronco (células estaminais), como prevê a Lei de Biossegurança n. 11.105/2005¹²⁹, mas com consentimento dos pacientes.

De acordo com esta Resolução do CFM a idade máxima para uma mulher se submeter às técnicas de reprodução assistida é de 50 anos de idade. Segundo José Hiran Gallo, coordenador da Câmara Técnica de Reprodução Assistida do CFM, esta norma foi estabelecida com o objetivo de garantir segurança tanto para a gestante quanto para a criança que for nascer, pois: “pesquisas em todo mundo apontam que a fase reprodutiva da mulher é de até 48 anos e após essa idade os riscos são evidentes”¹²⁸.

Os critérios considerados para delimitar esta idade basearam-se nos riscos obstétricos que uma paciente grávida pode sofrer, como parto prematuro, maior número de casos de hipertensão e diabetes no período gravídico, enquanto a criança tem mais hipóteses de nascer com baixo peso, conforme explica presidente da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA) e membro da Câmara Técnica do CFM, Adelino Amaral¹³⁰.

Entretanto, em 15 de maio de 2014, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), instituição pública que visa aperfeiçoar o trabalho do sistema judiciário brasileiro, emitiu um enunciado (recomendação, orientação, interpretação que subsidia os magistrados na tomada de decisões, mas que não é lei), interpretando como inconstitucional o

estabelecimento de idade máxima de 50 anos para que mulheres se submetam à gestação por reprodução assistida: “O estabelecimento da idade máxima de 50 anos, para que mulheres possam submeter-se ao tratamento e à gestação por reprodução assistida, afronta o direito constitucional à liberdade de planejamento familiar”¹³¹.

Nova atualização do tema ocorreu em 2015, com a aprovação da Resolução n. 2.121/2015¹³² do CFM. O documento revoga a Resolução 2.013/13 do CFM. Com a alteração inovações são trazidas em três pontos: (i) continua-se a defender o uso da técnica de RA até os 50 anos de idade, porém, caso a paciente, após esclarecimento com seu médico, decida submeter-se aos procedimentos o fará sem impedimento legal; (ii) permite-se a gestação compartilhada entre casais homoafetivos; e (iii) referente a doação de gâmetas, o homem pode fazer o processo sem restrições salvo a idade limite de 50 anos, já a mulher precisa ter sua doação limitada à faixa etária de 35 anos precisando, ainda, estar em fase de tratamento de RA¹³².

O CFM editou mais novas regras sobre essa temática, mediante a Resolução CFM n. 2.168/2017¹³⁴, considerando: descarte de embriões, gestação compartilhada e de substituição. Entre as novidades, destaca-se a inclusão de questões sociais na avaliação médica para utilização de RA. Pacientes em tratamento oncológico também foram contemplados. A resolução permite que pessoas sem problemas reprodutivos diagnosticados possam recorrer a técnicas disponíveis de reprodução assistida, como: a criopreservação de gâmetas, embriões e tecidos germinativos. Dessa forma, os pacientes ganham a possibilidade de planejar o aumento da família, beneficiando os que, por conta de tratamentos ou desenvolvimento de doenças poderão vir a ter um quadro de infertilidade.

Nesta norma, o CFM ainda estendeu a possibilidade de cessão temporária do útero (gestação de substituição) para familiares em grau de parentesco consanguíneo descendente. Pessoas solteiras também passam a ter direito a recorrer à cessão temporária de útero. Em casos de doação voluntária de gâmetas, a Resolução abriu a possibilidade para que a mulher opte por fazer a doação voluntária, desde que seja devidamente esclarecida sobre o procedimento invasivo, entre outras inovações.

Nesse sentido, é importante destacar os benefícios trazidos pelas técnicas de reprodução assistida. Esse procedimento mostra o avanço tecnológico da medicina, pois possibilita o planejamento familiar, concede o direito de um casal ou mesmo uma pessoa solteira de constituir sua família, incluindo filhos, mesmo quando pelo processo natural não seja possível. Em 2014, aparelhos sofisticados para uso na medicina foram

apresentados no 1º Fórum Medicina do Amanhã, realizado no Hospital Israelita Albert Einstein, na cidade de São Paulo. Um dos grandes destaques foi a apresentação do supercomputador Watson, da International Business Machines (IBM).

Watson é um supercomputador com sistema de inteligência artificial, mecanismo de raciocínio similar ao do ser humano. Ficou conhecido mundialmente em 2011, quando participou do “*jeopardy*”, um jogo de perguntas e respostas exclusivamente para humanos em que o supercomputador derrotou os participantes.

A importância do Watson para a medicina é que a primeira aplicação real dele envolve a assistência médica em decorrência de suas ferramentas de suporte ao diagnóstico e de suporte ao tratamento. “O suporte ao diagnóstico ajuda os médicos a fazerem um diagnóstico melhor com base nos sintomas, medicações e registros do paciente”¹³⁴. Já que o Watson armazena uma quantidade enorme de informações da área médica, como artigos de revistas científicas, dados clínicos como sintomas, resultados de laboratórios, históricos de pacientes, diretrizes médicas, além de muitas outras informações. Com base no cruzamento desses dados, ele calcula as probabilidades e gera hipóteses baseadas nos resultados desses cálculos de um possível diagnóstico, o que auxiliará na tomada de decisão do médico.

Vale ressaltar que a gigantesca armazenagem de dados e a velocidade da análise destes supercomputadores e sua aplicação nos casos dos pacientes vai diferenciá-lo do médico na hora de preparar um diagnóstico, pois o médico não tem capacidade suficiente de armazenar e resgatar a qualquer momento tudo que aprendeu ao longo dos seus estudos, tão logo lhe apareça um caso novo, ele terá que ater-se a nova pesquisa em material científico, mesmo em procedimento de urgência. Já no suporte ao tratamento, ele “ajuda os clínicos a cumprir as diretrizes de tratamento conhecidas, como evitar interações conhecidas entre medicamentos, dar a medicação correta aos pacientes corretos e cumprir a programação de trocas de cateter”¹³⁵. Além disso, é importante destacar outro grande diferencial desse supercomputador: capacidade de lidar com a linguagem humana naturalmente.

Outro exemplo é a última novidade na área, noticiada, em 2017, pela revista *Isto É*, criada na Universidade de Utah, nos Estados Unidos¹³⁶:

[...] Empenhados em tornar as cirurgias neurológicas mais rápidas e seguras, médicos da instituição criaram um sistema robótico que reduz de 2,5 horas para 2,5 minutos o tempo para fazer uma incisão craniana. E isso, em uma região do cérebro considerada uma das mais difíceis de ser acessada¹³⁶.

No Brasil, este supercomputador da IBM chegou (virtualmente) em 2014 e já está estudando a língua portuguesa, além dos “traços da cultura do vocabulário brasileiro e também a gramática portuguesa”. Em uma entrevista, o líder da IBM Watson no Brasil e na América Latina, Fábio Scopeta afirmou que: “Ele aprende de uma maneira muito similar a de um ser humano”. O Watson estuda semântica, sintaxe, mas o que chama atenção nele é que ele conecta todo esse conhecimento a cada contexto¹³⁷.

Saliente-se que a tecnologia investida nesse supercomputador deve viabilizar a relação médico-paciente, pois com tamanho auxílio, o médico certamente terá mais tempo para se dedicar ao seu paciente.

Outro assunto que merece destaque ao se considerar o tecnicismo é a Telemedicina, conforme expressa a Declaração de Tel Aviv¹³⁸ sobre Responsabilidades e Normas Éticas na Utilização da Telemedicina (adotada pela 51ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial em Tel Aviv, Israel, outubro de 1999)¹³⁸:

Telemedicina é o exercício da Medicina a distância, cujas intervenções, diagnósticos, decisões de tratamentos e recomendações estão baseadas em dados, documentos e outra informação transmitida através de sistemas de telecomunicação¹³⁸.

Tal documento trouxe diversas recomendações a respeito da Telemedicina. Primeiro, esclarece os benefícios da telemedicina, como: o atendimento de pacientes que não têm acesso aos especialistas ou atenção básica, além de permitir transmissão de imagens médicas para avaliação à distância, em diversas especialidades: radiologia, patologia, oftalmologia, cardiologia, dermatologia e ortopedia, por exemplo. Depois aponta os possíveis problemas éticos e legais que possam ocorrer em virtude da substituição da consulta presencial pela Telemedicina, assim como, a inexistência de tecnologia compatível em todo o mundo e o mais importante, que é a relação médico-paciente que não deve ser afetada pela Telemedicina.

Os tipos de Telemedicina, conforme a Declaração de Tel Aviv, mais usados no mundo, por época de sua aprovação são¹³⁸:

- [...] 5.1 Uma interação entre o médico e o paciente geograficamente isolado ou que se encontra em um meio e que não tem acesso a um médico local. Chamada às vezes teleassistência, este tipo está em geral restringido a circunstâncias muito específicas (por exemplo, emergências).
- 5.2 Uma interação entre o médico e o paciente, onde se transmite informação médica eletronicamente (pressão arterial, eletrocardiogramas, etc.) ao médico, o que permite vigiar regularmente o estado do paciente. Chamada às vezes televigilância, esta se utiliza com mais frequência aos pacientes

com enfermidades crônicas, como a diabetes, hipertensão, deficiências físicas ou gravidezes difíceis. Em alguns casos, pode-se proporcionar uma formação ao paciente ou a um familiar para que receba e transmita a informação necessária. Em outros casos, uma enfermeira, tecnólogo médico ou outra pessoa especialmente qualificada pode fazê-lo para obter resultados seguros.

- 5.3 Uma interação onde o paciente consulta diretamente o médico, utilizando qualquer forma de telecomunicação, incluindo a internet. A teleconsulta ou consulta em conexão direta, onde não há uma presente relação médico-paciente nem exames clínicos, e onde não há um segundo médico no mesmo lugar cria certos riscos. Por exemplo, incerteza a relativa à confiança, confidencialidade e segurança da informação intercambiada, assim como a identidade e credenciais do médico.
- 5.4 Uma interação entre dois médicos: um fisicamente presente com o paciente e outro reconhecido por ser muito competente naquele problema médico. A informação médica se transmite eletronicamente ao médico que consulta quem deve decidir se pode oferecer de forma segura sua opinião, baseada na qualidade e quantidade de informação recebida¹³⁸.

A Declaração reforça que os princípios da ética médica, reconhecidos mundialmente e que vinculam a profissão médica jamais podem ser desrespeitados, independentemente do sistema de Telemedicina. Os princípios elencados pela declaração são: relação médico-paciente, responsabilidade do médico, responsabilidade do paciente, consentimento e confidencialidade do paciente, qualidade da atenção e segurança na telemedicina, qualidade da atenção e segurança na telemedicina, qualidade da informação, autorização e competência para utilizar a telemedicina, história clínica do paciente e formação em telemedicina.

A telemedicina já existe por longo tempo, representando as inúmeras iniciativas que os médicos tinham e têm para se comunicar com seus pacientes à distância, em situações que o médico não tem como alcançar fisicamente seus pacientes. Por exemplo, quando o especialista e paciente não se encontra na mesma localidade, podendo estar em outra cidade, estado ou país. É possível, com os meios de comunicações disponíveis, diagnosticar, orientar, recomendar, tomar decisões e emitir uma segunda opinião com base em informações corretas sobre o caso do paciente.

A modalidade não presencial, consulta médica por via telefônica, tem inferências éticas, deontológicas e legais peculiares, objeto de direitos e deveres entre o paciente e o médico, especialmente, por ter a supressão da interação física. Com o intuito de traçar linhas de orientação, dentro da legalidade e da ética, Nunes e Rego elaboraram em 2009, parecer do Conselho Médico-Legal, ressaltando que a evolução da medicina está

associada com o desenvolvimento tecnológico, por isso tal modalidade é indispensável em muitas situações, distinguindo-se das demais por relevância da “(...) questão geográfica existente, pela acessibilidade limitada ou simplesmente por ser necessário obter uma opinião em tempo útil e a disponibilidade do médico só ser por esta via”. Ressaltam, entretanto, diversas obrigações em relação a esse atendimento, entre elas: não deve substituir, mas complementar a relação médico/paciente nos moldes tradicionais; é obrigatório o esclarecimento ao paciente ou seu representante legal das limitações e riscos deste tipo de consulta; a exigência de novo termo de consentimento informado dos atos, se a consulta for uma extensão de uma consulta iniciada presencial, cuja a autonomia técnica e riscos específicos exijam para atos subsequentes; exigência de registrar o atendimento clínico e a sua modalidade, logo quando for materialmente possível, e por fim, que “a responsabilida do médico pelas suas acções ou omissões é independente da possibilidade da cobrança de honorários pela consulta não presencial, tendo este o dever de cumprir escrupulosamente as *legis artis*”¹³⁹.

No ano de 1997, a Petrobrás recorreu ao Conselho Federal de Medicina, buscando a existência de respaldo para médicos que precisassem atender por telefone ou rádio. O fato deveu-se a impossibilidade de atendimento por contato direto com os trabalhadores da empresa que se encontravam em embarcações e plataformas e alto mar. Em resposta, o Conselho Federal de Medicina emitiu o Parecer n. 31/97¹⁴⁰, que diz o seguinte:

Pode o médico que, excepcionalmente por força de lei ou função, por obrigação a exercer plantão telefônico para assessoria a situações de urgência ou emergência ocorridas em embarcações e plataformas, oferecer integralmente opinião dentro de princípios éticos e técnicos para tratamento de pessoa necessitada, correlacionando-a às informações obtidas, não sendo responsável pelo exame físico e execução do procedimento a ser adotado por terceiros¹⁴⁰.

Fica claro que o CFM tratou do assunto de forma específica pois ainda não tinha norma expressa consensual, daí a necessidade de estabelecimento de regras. Nesse sentido, é importante destacar os responsáveis por essa modalidade de atendimento. No *sítio* do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), uma matéria publicada em abril de 2007 e atualizada em novembro de 2009, sobre Telemedicina, consta que esta instituição hospitalar utiliza a telemedicina desde 1998, quando fizeram a primeira cirurgia brasileira com transmissão de dados para outros Estados em 1999¹⁴¹. Portanto, a necessidade de regulamentação do tema era perene.

A normatização da telemedicina no Brasil ocorreu em 7 de agosto de 2002, por meio da Resolução CFM n. 1.643/2002¹⁴², do Conselho Federal de Medicina, que seguiu as recomendações da OMS e considerou o entendimento das Associação Médica Mundial e Brasileira e da Declaração de Tel Aviv, estabelecendo responsabilidades e normas éticas na utilização da Telemedicina, tanto por pessoa jurídica como por pessoa física. O artigo 1º da Resolução CFM n. 1.643/2002 denomina Telemedicina como “o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde”. O intuito de regulamentar a telemedicina no Brasil era dispor do “constante desenvolvimento de novas técnicas de informação e comunicação que facilitam o intercâmbio de informações entre médicos e entre estes e os pacientes”, conforme dispõe a minuta da Resolução¹⁴².

Era necessário que o Conselho Federal de Medicina normatizasse essas práticas, pois nem sempre nesses mecanismos ocorre tudo dentro da legalidade e da ética médica. Sendo, portanto, o responsável em disciplinar o exercício da profissão médica, também é responsável instituir normas para essas inovações na área médica.

Essa regulamentação protege direitos dos próprios médicos quanto à discricionariedade de adoção ou não da técnica, o sigilo profissional, o paciente, seu consentimento livre e a consciência em permitir que outro médico avalie seus dados e informações. Direito de proteção desses dados e informações no momento de sua transmissão, cuidados com as decisões que o médico deve tomar, orientações e recomendações dadas sem estar em contato direto com o paciente, ou seja, para que essa facilidade da relação médico-paciente seja, prioritariamente, de forma segura.

O Código de Ética Médica de 2009, Resolução CFM n. 1931/2009, prevê a Telemedicina em seu artigo 37, parágrafo único: “O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.”². Mais tarde, a Telerradiologia, também foi regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina no Brasil. Segundo o artigo 1º da Resolução CFM n. 2.107/2014, que revogou a Resolução CFM n. 1890/90, a definição de Telerradiologia é¹⁴³:

[...]“o exercício da Medicina, onde o fator crítico é a distância, utilizando as tecnologias de informação e de comunicação para o envio de dados e imagens radiológicas com o propósito de emissão de relatório, como suporte às atividades desenvolvidas localmente”¹⁴³.

Essa Resolução acompanha boa parte das regras de normatização da Telemedicina, mas deixando claro que a responsabilidade de transmissão de exames e relatórios a distância será assumida obrigatoriamente, por médico especialista em radiologia e diagnósticos de imagem, com registro no CRM e que as especialidades reconhecidas por essa resolução são abrangidas pela Telerradiologia: Radiologia geral e especializada, Tomografia geral e especializada, Ressonância Magnética, Mamografia, Densitometria Óssea e Medicina Nuclear.

Ressalte-se que no caso de especialistas em mamografia e densitometria óssea, eles só poderão transmitir exames e emitir relatório em suas respectivas áreas. Também não permite o uso da Telerradiologia para procedimentos intervencionistas em radiologia e diagnóstico por imagem e exames ultrassonográficos. Traz ainda, um anexo com normas operacionais e requisitos mínimos para a transmissão e manuseio dos exames e laudos radiológicos referentes ao artigo 2º da resolução¹⁴³.

Diante daquilo já exposto, infere-se que o tema tecnicismo-humanismo, vem sendo trabalhado ou pelo menos recomendado, no sentido de que as relações humanas entre médico e pacientes admitam e compreendam os auxílios importantes ofertados pela tecnologia, embora não se admita uma substituição absoluta da mão-de-obra humana por técnicas e sistemas inteligentes e avançados de computadores.

Assim, a evolução tecnológica da medicina não pode substituir e sequer sobrepor-se às emoções da prática médica. Isto porque a relação médico-paciente, pilar principal do ato médico, significa relações entre pessoas, encontro de valores, próprios ou alheios. O atendimento clínico prescinde de uma percepção do médico além da condição orgânica do paciente, sendo certo que o ser humano “ (...) é definido por seus afetos, seus desejos, seus interesses e seu contexto social, econômico, cultural, entre outros”, conforme assinala Castro Filho¹⁴⁴.

Logo, a realização do exame físico e demais procedimentos para o melhor tratamento do paciente dependem da observação de cada indivíduo e sua singularidade, com acolhimento afável e respeitoso, sobretudo pelo seu estado de vulnerabilidade.

Para que a evolução da tecnologia não contribua com a desumanização da saúde, o profissional da medicina deverá ser capacitado continuamente para cuidar do doente, e não apenas da doença.

2.2 O Médico e seu trabalho

No decorrer da história, as profissões passam, constantemente, por transformações. Com o passar dos anos, algumas delas são extintas e outras aparecem a partir das demandas e necessidades que vão sendo impostas pelo contexto social. Por se tratar de uma ciência considerada de suma vitalidade para a humanidade, a medicina assume lugar garantido dentre as profissões existentes no mercado de trabalho. Nesse ínterim pode afirmar-se que a mesma se trata de um mercado inesgotável para os que queiram seguir o ramo da medicina, visto que não irá faltar espaço de atuação para aqueles que dedicaram anos de suas vidas confinados, em extensos períodos de estudo.

A medicina com o passar dos séculos foi ganhando mais espaço, aprimoramentos e desenvolvimentos, tornando-se uma ciência indispensável à saúde humana. Uma série de pesquisas vem sendo realizadas^{145,146,147,148} com o intuito de proporcionar o aprimoramento de atendimento dos pacientes e de promover descobertas acerca de novos tratamentos e medicamentos para doenças já existentes. E nesse sentido, Maria Helena Machado (1996) vai argumentar que “A medicina adquiriu cunho científico, mais exatamente no século XIX, a partir da introdução dos métodos de produção de conhecimentos científicos”¹⁴⁷.

A autora também destaca o episódio Flexner divulgado em 1910, trazendo novas orientações para a formação médica, reformulando o que já havia como padrão, visto que este não atendia mais as novas necessidades dos profissionais que se formavam nesta área de atuação¹⁴⁷. Vale ressaltar que a divulgação desse relatório foi impulsionado pelo governo americano, sendo por intermédio do mesmo que nos Estados Unidos passam a ser implementadas mudanças no ensino médico, mudanças estas que influenciaram de maneira decisiva a área de atuação no mundo ocidental.

O governo brasileiro, nos anos 1970, investiu em cursos de medicina nas universidades, mas devido a grandeza territorial com regiões distintas, continuou enfrentando dificuldades com relação ao atendimento à saúde da população. Percebia-se dificuldade na distribuição dos profissionais da área médica, por fatores econômicos, regionais e/ou condições de acesso e infraestrutura precária, interesse econômico empresarial e uma série de outros fatores.

Pesquisadores em parceria com diversos órgãos ligados à medicina como o CFM têm buscado investigar as causas que levam à tamanha desigualdade na prestação desse serviço de essencialidade à vida, as condições precárias de trabalho oferecidas a esses

profissionais, a opinião destes quanto ao cenário da saúde pública e privada em que atuam, entre outros questionamentos. Um ponto importante de tais estudos foi a demografia médica no Brasil, apontadas por Maria Helena Machado¹⁴⁷, posteriormente pelo Conselho Federal de Medicina⁵, e Conselho Regional de Medicina de São Paulo⁶.

O CFM esclarece que à época de sua pesquisa que deu origem ao livro *O Médico e seu Trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil*, conforme seus registros, o país contava com 234.554 médicos – o que representava uma relação de 1,38 médicos/1.000 habitantes e que a maioria dos médicos atuava em estados do Sudeste como São Paulo e Rio de Janeiro. Em contrapartida, a região norte apresentava números inferiores ainda que o número desses profissionais tenha crescido num período de dez anos, já que na pesquisa de Machado (1996)¹⁴⁷, o total de profissionais era de 183.052, enquanto a distribuição desses profissionais manteve-se localizada nos grandes centros (p.45)¹⁴⁶.

Os estudos voltados para a demografia médica no Brasil visam obter informações sobre a população médica e para tanto, investigam dados como, idade, sexo, formação e tempo de formação, localização territorial, vida profissional, mercado de trabalho, remuneração, migração, especialização, entre outros fatores. No que diz respeito às características demográficas dos médicos, o CFM (2004) realizou uma pesquisa nas 27 (vinte e sete) Unidades da Federação e participaram 14.405 médicos superando a quantidade necessária que era de 8.980 participantes¹⁴⁵.

Constatou-se que os estados da região Norte foram os que menos participaram de acordo com os registros, variando de 34,2% em Roraima a 47,9% no Tocantins. Em relação à região Sudeste, a menor participação na pesquisa veio do Espírito Santo (103,2%) e a maior de São Paulo com 1.170,8%. Já na região Sul observou-se um padrão de resposta com taxas superiores a 100% da meta predefinida. E ainda, tanto na região nordeste em seus estados, Bahia, Ceará e Pernambuco, quanto no Centro-Oeste, Distrito Federal e Mato Grosso do Sul, foi superado igualmente este índice de participação dos médicos (p.46)¹⁴⁵.

Ao comparar o trabalho do CFM com a pesquisa prévia de Machado (1996)¹⁴⁷, o perfil demográfico dos médicos não sofreu muitas alterações com o passar dos anos. A concentração na região Sul e Sudeste; o exercício da medicina por homens majoritariamente (69,8%), com ênfase nos estados de Goiás (76,2%) e Santa Catarina (79,2%). Porém, percebe-se uma inserção das mulheres na medicina, como registra os

dados, sendo mais favoráveis nos estados de Pernambuco (38,9%) e Alagoas (38,8%), conforme registra a pesquisa do CFM (2004)¹⁴⁵.

Num período de quase dez anos de uma pesquisa para outra, conforme dito acima, o perfil médico não sofreu grandes alterações e questiona-se o porquê da medicina ser exercida, majoritariamente na Região Sul e Sudeste. Estudos mostram que os profissionais médicos preferem os grandes centros urbanos em decorrência de melhores condições de trabalho, de vida, de emprego, de qualificação e especialização e outros que caracterizem melhorias. E isso é totalmente aceitável do ponto de vista pessoal e profissional, pois a busca pela satisfação profissional induz as escolhas dos médicos.

Em 2018, tais constatações se mantêm, quando se verifica que na região Sudeste, onde moram 41,9% dos brasileiros, estão 54,1% dos médicos, ou mais da metade dos profissionais de todo o País e que, ainda, na região Norte onde moram 8,6% dos brasileira, estão 4,6% dos médicos. Houve uma variável apenas na região Sul, em que igualmente à Centro-Oeste, a porcentagem de habitantes é bastante próxima da parcela de médicos⁶.

Interessante também, são os recentes dados desta pesquisa, apresentando que o Brasil contava, em janeiro de 2018, com 452.801 médicos (razão de 2,18 médicos por mil habitantes), e em 2010, a razão de médicos por habitante era menor (1,91 por grupo de mil). Os dados são expressivos no aumento da população médica, registrando que, ao longo de 97 anos, o total de médicos cresceu 3,7 vezes mais que o da população em geral⁶.

Por outro lado, fica evidente também que isso só acontece, na maioria dos casos, por falta de investimento e de infraestrutura adequadas na área de saúde nas regiões locais. O pouco investimento pelos governantes é um ponto negativo que prejudica diretamente à população, em especial os que têm menos recursos financeiros, ao mesmo passo que contribui para que os profissionais migrem em busca de trabalho e recursos em outras cidades, regiões que apresentem melhores condições, o que acarreta na concentração da mão-de-obra nas grandes metrópoles. Um fator que também favorece esta migração dos médicos tem relação com o atrativo financeiro que as metrópoles oferecem. Daí percebe-se que locais com clientela mais abastada economicamente sempre prevalecem em detrimento às áreas mais carentes, precárias e com menos recursos.

Não basta aumentar a quantidade de médicos no país se este aumento continuar concentrado em algumas regiões ou cidades, para melhor atender às necessidades da população no quesito saúde, seria preciso uma redistribuição equilibrada e proporcional

dos médicos já existentes, além dos novatos que se formam ano a ano e conformam o mercado de trabalho. Caso contrário, a centralização dos profissionais da medicina nas metrópoles irá trazer como resultado pessoas que necessitam de atendimentos especializados sem ter acesso, constatando que apenas o acréscimo desses profissionais, talvez não seja a solução.

Conforme estudo realizado pelo CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, os profissionais que obtiveram registro de médico no período situado entre 1980 a 1989 a maioria (56,99%) atua nas capitais, principalmente na região sul e sudeste, mas boa parte (43,01%) atua também no interior. Nestas regiões Sul e Sudeste há um equilíbrio na distribuição dos médicos entre interior e capital. Já no Norte e Nordeste, mais de 60% dos médicos atuam em capitais, podendo chegar mais de 80% em algumas unidades, com exceção apenas do estado de Roraima, que fica na Região Norte (p.64)¹⁴⁶.

Os médicos que se formaram e adquiriram registro na década de 1990 e de 2000, concentram suas atividades nas capitais e nas regiões economicamente mais favorecidas, Sul e Sudeste e também no litoral do Nordeste, conforme estudo CREMESP, citado acima. Subentende-se conforme os dados do estudo que a concentração em capitais e regiões mais ricas não tem relação direta com locais onde esses médicos nasceram ou se formaram, mas que o critério econômico e de melhores condições de trabalho e de vida torna-se a maior atração.

Embora a tendência migratória dos médicos seja normalmente do interior para os grandes centros urbanos isso não conforma regra. Entre o período da pesquisa de Machado (1996)¹³⁵ até a conclusão do trabalho do Conselho Federal de Medicina (2004), houve uma tendência migratória dos profissionais de medicina rumo às cidades do interior, embora a maioria ainda continue trabalhando preferencialmente nas capitais como é o caso do Acre, Amapá, Roraima e Sergipe atingindo quase a totalidade dos médicos (p.45)¹⁴⁵.

Na pesquisa de Machado¹⁴⁷, o índice desses profissionais em capitais era de 65,9%, já na pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina os números caíram para 62,1%. Pode-se ressaltar o estado de Minas Gerais que aumentou seu contingente de médicos no interior de 52,6% para 54,6%. No entanto, a pesquisa não afirma categoricamente as causas dessa ida para as cidades interioranas (p.47)¹⁴⁵.

O regresso de médicos para sua terra natal não tem necessariamente relação direta com a naturalidade, pode ser influenciado por condições vantajosas dentro da sua área de

atuação. A pesquisa do CREMESP (2013)¹⁴⁶ aponta um tópico “A volta para casa” e estabelece as cidades que mais têm retorno de médicos conterrâneos, esclarecendo que a maior parte das cidades que receberam médicos de volta contam com instituições de ensino superior¹⁴⁶.

Entre as 15 cidades que mais receberam de volta médicos que nelas nasceram – e que estudaram em outras localidades –, quase todas são municípios que abrigam faculdades, (...). Cerca de 31% dos 19.561 profissionais que fizeram esse caminho, saíram e retornaram às cidades do Rio de Janeiro e São Paulo. Entre outras cidades que formaram esse grupo estão sedes de escolas médicas reconhecidas, como Goiânia, Belo Horizonte, Campinas, Porto Alegre, Fortaleza, Sorocaba, São José do Rio Preto e Brasília (p.83)¹⁴⁶.

Ainda sobre a pesquisa Demográfica de 2018⁶ reforçam-se tendências já observadas em edições anteriores, destacando que no conjunto do País, as capitais das 27 unidades da federação reúnem 23,8% da população e 55,1% dos médicos, ou seja, mais da metade dos registros de médicos em atividade se concentra nas capitais, onde mora menos de 1/4 da população do País (5,07 médicos por mil habitantes). No interior, a razão corresponde a 1,28.

A pesquisas de 2018 traz também que “há capitais com mais de 12 médicos por mil habitantes – como Vitória, no Espírito Santo – e regiões do interior do Nordeste com valores inferiores a um médico por mil habitantes”, expondo, sob um olhar macro, gritantes desigualdades, especialmente quando se separam as capitais e as cidades do interior agrupadas por estratos populacionais⁶.

Outrossim, exemplifica a pesquisa de 2018⁶ ainda, que na Região Norte e Nordeste, apenas o estado do Tocantins tem mais médicos no interior do que na capital (56,8% contra 43,2%), ao contrário do estado do Amazonas, em que 93,1% dos médicos se encontram na capital, Manaus, que acomoda pouco mais da metade dos cerca de 4 milhões de habitantes do estado. Por sua vez, o Distrito Federal, palavra usada como um sinônimo de Brasília, capital federal do Brasil, localizada na região Centro-Oeste do país, tem a razão mais alta, com 4,35 médicos por mil habitantes.

Com relação a atuação de médicos estrangeiros no Brasil os dados do CFM (2004) não são significantes (1,5%). Já quanto à migração interna, profissionais que se descolaram para outros estados para exercer a medicina atingiram o percentual de 31,5% dos entrevistados quanto a este quesito. Ressalte-se que alguns estados, como Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Alagoas a medicina é exercida majoritariamente pelos médicos regionais. No entanto, em alguns estados mais recentes ocorre o inverso, há muitos

médicos vindos de outros estados, no Distrito Federal (88,7%) e em Tocantins (91,5%). Neste mesmo sentido, observaram-se alguns estados da Região Norte, Amapá (76,8%) e Roraima (75,7%). (p.48)¹⁴⁴.

No entanto, essa realidade ganhou novos contornos nos últimos anos, especialmente, por causa de políticas recentes, com efeito significativo na formação e no aumento do número desses profissionais no Brasil.

A Pesquisa Demográfica de 2018⁶ destaca que:

Em 2013, a lei que instituiu o programa Mais Médicos possibilitou a presença de médicos, inclusive estrangeiros, alocados na atenção primária em áreas desassistidas, e a abertura de dezenas de novos cursos de Medicina, em sua maioria privados, além da expansão de vagas de residência médica e o estabelecimento de novas diretrizes para a graduação e a formação especializada⁶.

Outro assunto de interesse dos pesquisadores era quanto à idade e ao sexo dos médicos, para analisar a diferença entre homens e mulheres que exercem a medicina. E o que se encontra na história da profissão médica é que até a década de 1970, os homens exerciam a medicina majoritariamente. Mas aos poucos as mulheres começaram a aparecer em pequenos números, aumentando gradativamente. O CREMESP (2013)¹⁴⁶ aponta esta escala de médicas no mercado brasileiro.

A partir de 1970, há um crescimento constante das mulheres no mercado, subindo para 23,47% em 1980, 30,80% em 1990, 35,82% em 2000, até atingir 39,91 em 2010. [...] a predominância masculina até os anos 1970, com os homens ocupando mais de 80% do mercado. A partir de 1980 se inicia o que se pode chamar de feminização da profissão, com as mulheres ganhando participação cada vez maior (p.25)¹⁴⁶.

O Conselho Federal de Medicina (2004) registrou que médicos com faixa etária entre 50 e 59 anos de idade, apenas 18,1% são mulheres, mas em se tratando de profissionais com até 27 anos de idade, essa porcentagem aumenta para 40,2%. A partir disso, traçou-se um perfil para os médicos atuantes no Brasil no tocante à idade, conforme abaixo¹⁴⁵:

Confirma-se com esse estudo, o que já tinha sido observado por Machado (1996): O Brasil é um país de onde a Medicina é exercida principalmente por jovens com menos de 45 anos (63,4%). Este quadro é acentuado em estados como Ceará e Paraná, onde as porcentagens de médicos nesta faixa etária foram de 72,9% e 72,5%, respectivamente. Contrariamente, no Norte se concentram alguns estados com as menores porcentagens de médicos com idade inferior a 45 anos, como ocorre em Amapá (44,5%) e Pará (52,0%). Principalmente no Amapá, a profissão médica está nas mãos de profissionais que beiram os 50 anos de idade (p.48)¹⁴⁵.

Com base nesses dados, quanto ao estudo demográfico dos médicos no Brasil, observou-se que a medicina vinha sendo exercida, preferencialmente, por médicos brasileiros, homens, jovens. Trabalhando principalmente em grandes centros urbanos/capitais em que a maioria permanece no seu estado de origem. Vale ressaltar que embora existisse no período da pesquisa do CFM (2004)¹⁴⁵ e Machado (1996)¹⁴⁷ menos mulheres atuando na medicina, na faixa etária mais jovem elas destacavam-se em números mais expressivos. Esse destaque do público feminino nas faixas etárias mais jovens da área médica foi tomando proporções até que no ano de 2009, passa a superar a classe médica masculina, pela primeira vez, conforme dados apontados na pesquisa do CREMESP, Demografia Médica no Brasil¹⁴⁶:

O perfil populacional dos médicos inscritos nos CRM's está passando por uma transformação histórica: pela primeira vez, em 2009, entre os novos registros no Conselho Federal de Medicina, há mais mulheres que homens. Como consequência, e também pela primeira vez, as mulheres passaram, já em 2011, a ser maioria dentro do grupo de médicos com 29 anos ou menos. Em 2012, essa tendência se confirmou. Dos 51.070 médicos nessa faixa etária, 54,50% são mulheres e 45,50% são homens (...). Em 2011, as mulheres já eram 53,31% (p.23)¹⁴⁶.

Embora os dados acima sejam vantajosos – se há mais mulheres médicas, quer dizer também que tem mais mulheres estudando, se formando, tendo oportunidades de crescimento profissional semelhantes aos dos homens, resultando no desenvolvimento de um povo, uma nação –, quando se trata de um cenário de médicos mais idosos, os homens ainda prevalecem sobre as mulheres, de acordo com a pesquisa do CREMESP (2013)¹⁴⁶:

Entre os mais idosos, o cenário ainda é predominantemente masculino. Do total de 24.718 profissionais com 70 anos ou mais, apenas 13,76% são mulheres. Daí para as faixas mais jovens, o número de médicas é sempre crescente. Elas já são 42,28% entre os profissionais com 50 e 54 anos e chegam a 47,42% na faixa etária entre 30 e 34 anos, passando os homens no grupo etário abaixo de 29 anos (p.23)¹⁴⁶.

Portanto, com base nessas informações, de que até os anos setenta a maioria dos médicos era do sexo masculino, que só a partir de 2009 as mulheres superam os médicos nas profissões médicas, mas em um quadro de faixa etária mais jovem, conclui-se que essa predominância de médicos masculinos que perdura nessa faixa etária mais idosa, nada mais é do que um reflexo das décadas anteriores em que os médicos homens eram maioria, conseqüentemente, uma maioria mais idosa também.

Pesquisa demografia médica de 2018⁶ marca que os homens ainda são maioria entre os médicos, com 54,4%, do total de 414.831 profissionais em atividade em 2017,

enquanto as mulheres representam 45,6%, ressaltando que a diferença vem caindo a cada ano e aponta para uma crescente feminização da Medicina no País.

Esse relatório anuncia também que “as mulheres já são maioria entre os médicos mais jovens – representam 57,4% no grupo até 29 anos e 53,7% na faixa entre 30 e 34 anos” e “nas faixas seguintes, a participação dos homens é sempre maior, subindo para 54,8% entre 40 e 44 anos, para 62,5% entre 60 e 64 anos, e atingindo 79,5% no grupo com 70 anos ou mais”. Conclui assim, que “A presença masculina aumenta com a idade, enquanto com as mulheres acontece o contrário”⁶.

É de suma importância destacar a formação médica no Brasil. Assim, vale lembrar que a primeira escola de medicina do Brasil foi criada em 1808, a pedido de um médico pernambucano, José Correia Picanço, cirurgião-mor do Reino de Portugal que acabara de se instalar neste país; o pedido foi feito ao príncipe regente D. João VI. A escola foi fundada na Praça XV de Novembro (mais conhecida como Largo do Terreiro de Jesus), em Salvador no estado da Bahia, sendo a primeira daquele estado e também do Brasil; abriu suas portas inicialmente, no Hospital Real Militar. Até então, só existiam médicos estrangeiros, formados na Europa (principalmente em Portugal e na França), além de cirurgiões barbeiros credenciados mediante exames de proficiência, de procedência duvidosa (p.51)¹⁴⁷.

Mais tarde criou-se a escola de medicina do Rio de Janeiro, outra em Porto Alegre, e já entre as décadas de 1960 e 1970 houve um grande número de escolas fundadas pelo país. Segundo Machado¹⁴⁷, durante sua pesquisa, conforme arquivos da Associação Brasileira de Ensino Médico havia 81 escolas médicas habilitadas pelo Conselho Federal de Educação, majoritariamente públicas e federais, distribuídas em todo país, com exceção dos estados que ainda não possuíam escolas médicas, tais quais, Acre, Rondônia, Amapá e Tocantins. Algumas eram de natureza estadual ou municipal, Universidade de São Paulo e Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A autora já citada¹⁴⁷, Machado, observou a “separação” das regiões quanto à formação médica com melhores condições econômicas e sociais:

A política concentradora de recursos econômicos e sociais no Sul e Sudeste provoca a enorme aglutinação das instituições de ensino médico, ou seja, 75% das escolas de medicina existentes no Brasil estão nessas regiões. Além disso, das 81 escolas, 44 estão na Região Sudeste, sendo que 31 estão localizadas em São Paulo e no Rio de Janeiro (70%).(p.53)¹⁴⁷.

O Conselho Federal de Medicina (2004)¹⁴⁵ apurou, tendo como base o estudo prévio de Machado (1996)¹⁴⁷ que os médicos entrevistados, predominantemente, informaram que foram graduados no Brasil (99,1%), a maioria em instituições (IES) públicas (70,6%); sendo que a maior parte desses profissionais possuía até 15 anos de formados (48,2%), sendo (78,1%) pós-graduados. Quanto aos entrevistados pós-graduados lato sensu (residência médica e especialização), a maior parte deles obteve título de especialista (66,5%). Considerando o estudo prévio supracitado acima, não houve grandes alterações desse cenário, pois à época, as instituições públicas eram as que mais formavam (66,4%), o maior contingente de médicos tinha até 15 anos de formados ou menos (44,5%), com título de especialista (58,9%)¹⁴⁵.

Conforme mencionado anteriormente, as escolas de ensino médico também vêm sendo apontadas nas pesquisas relacionadas à profissão médica, portanto, é importante destacar os dados apresentados pelo Conselho Federal de Medicina (2004)¹⁴⁷ em parâmetro com a pesquisa prévia de Machado (1995)⁹⁵, que aduz quanto às Instituições de Ensino Superior que mais formam no Estado brasileiro. Para tanto, selecionou-se as 12 primeiras Universidades. Metade dessas Universidades estão na região Sudeste, dentre elas: Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade de São Paulo – SP, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal de São Paulo, Universidade de Juiz de Fora e Universidade Severino Sombra.

Na região Nordeste conta com cinco instituições: Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal da Bahia, Universidade de Pernambuco e Universidade Federal de Pernambuco. E a Região Sul tem a última das doze primeiras Universidades (Universidade Federal do Paraná). Dos profissionais entrevistados na pesquisa, do CFM (2004)¹⁴⁵, cerca de 31,8% formados nessas doze Instituições de Ensino Superior. Ressalte-se que dos dados coletados quanto à formação médica, a pesquisa (CFM, 2004) aponta algumas variações¹⁴⁵:

[...] Foi possível observar algumas variações nas porcentagens das variáveis de formação profissional em função do estado onde o médico exerce sua profissão. Concretamente, embora em cerca de 20% dos estados a totalidade de médicos se tenha formado em IES brasileiras (Alagoas, Amapá, Maranhão, Pará, Piauí e Sergipe), em alguns casos este montante foi algo inferior, a exemplo do Acre (88,1%) Roraima (93,2%). Portanto, estes estados têm, proporcionalmente, o maior contingente de médicos “estrangeiros” ou que decidiram realizar seus cursos no exterior. As IES formadoras são de natureza predominantemente pública em alguns estados, como Pernambuco (98,7%), Rio Grande do Norte (98,5%) e Paraíba (98,3%), porém têm sido menos frequentes no Espírito Santo (52,7%), Bahia (58,6%) e São

Paulo (58,7%). Com relação ao tempo de formado, os médicos com 15 anos ou mais são maioria no Ceará (63%) e Goiás (59,3%), e minoria no Amapá (33,8%), Alagoas (37,4%) e Roraima (37,6%). Quanto à questão de se *realizaram algum curso de pós-graduação*, os médicos que disseram sim foram maioria no Rio de Janeiro (87,7%) e Rio Grande do Sul (87,4%), e minoria no Amapá (58,6%) e Rio Grande do Norte (61,1%). Finalmente, as maiores porcentagens de médicos com títulos de especialista foram observadas em Santa Catarina (78,2%) e Rio Grande do Sul (75,3%), representando aproximadamente o dobro do observado no Amapá (35,7%) e Rio Grande do Norte (41,2%).(p.53)¹⁴⁵.

Retomando os dados da pesquisa de 2018⁶, assinala-se que a abertura em massa de cursos de graduação é uma das razões do aumento expressivo do número de novos médicos no Brasil. Levantou-se que até 2017 existiam 289 cursos de Medicina, somando 29.271 vagas anuais autorizadas, segundo dados oficiais do Ministério da Educação. Desse total de vagas, 10.237 são oferecidas em escolas públicas (35%), as demais, 19.034, representam 65% do total de vagas anuais, são oferecidas por escolas médicas privadas. O Sudeste do País se destaca, concentrando quase metade de todas as vagas do Brasil, apenas um quarto delas – 25,8% – está em instituições públicas⁶.

As estatísticas da pesquisa de 2018 também apontam que entre 2000 e 2007, o número de entradas girou em torno de 9,5 mil a cada ano. Nos três anos seguintes passou para uma média de 12,5 mil⁶.

Conforme o Conselho Federal de Medicina¹⁴⁸, apoiado na pesquisa de 2018⁶, a abertura sem precedentes no número de cursos e escolas médicas levou ao aumento no tamanho da população médica, que, no entanto, carece de políticas públicas que estimulem a migração e a fixação de profissionais em áreas do interior e menos desenvolvidas.

Nunca houve um crescimento tão grande da população médica no Brasil num período tão curto de tempo. Em pouco menos de cinco décadas, o total de médicos aumentou 665,8%, ou 7,7 vezes. Por sua vez, a população brasileira aumentou 119,7%, ou 2,2 vezes. No entanto, esse salto não trouxe os benefícios que a sociedade espera¹⁴⁸.

Em relação às modalidades de cursos de pós-graduação cursados, houve uma variação dessa pesquisa do CFM para a pesquisa antecedente (Machado,1995)⁹⁵, segundo os pesquisadores, a realização de pós-graduação *lato sensu* (residência médica e especialização) reduziu mesmo que em pequena quantidade e o *stricto sensu* (mestrado e doutorado) aumentou mais. Quanto ao estágio de pós-doutorado não sofreu alterações consideráveis (p.47)¹⁴⁵.

No que tange ao exercício da medicina por graduados em outros países é importante destacar que, os diplomas de cursos de graduação, expedidos por estabelecimentos estrangeiros, para conferir aptidão aos graduados a exercer a medicina no Brasil precisam ser revalidados por instituições brasileiras de natureza pública, estas os declaram equivalentes aos cursos existentes no Brasil, tornando-os hábeis, conforme Resolução n. 1, de 29 de janeiro de 2002¹⁴⁸. A partir disso, segundo o art. 3º da referida resolução: “São competentes para processar e conceder as revalidações de diplomas de graduação, as universidades públicas que ministrem curso de graduação reconhecido na mesma área de conhecimento ou em área afim”¹⁴⁹.

Nos termos da pesquisa do CFM (2004)¹⁴⁵, à época apurou-se que as doze Instituições de Ensino Superior que mais revalidaram (74,7%) eram na região Sudeste em sua maioria, Universidade de São Paulo – SP, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade de São Paulo – RP e Universidade Estadual de Campinas. Na região Centro-Oeste (Universidade Federal do Goiás, Universidade de Brasília e Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – CG); já na região Norte, a Universidade do Amazonas e Universidade Federal do Pará. Por fim, existe uma na região Nordeste - Universidade Federal da Bahia (p.54)¹⁴⁵.

A pesquisa realizada pelo CREMESP (2013)¹⁴⁶ verificou que houve uma queda na entrada no Brasil de médicos que se formaram no exterior desde 2004, e associa essa diminuição com as mudanças nas regras para revalidar diplomas, mediante aplicação de exame nacional de Revalidação, que exige prova teórica e prova prática de habilidades clínicas dos candidatos formados em instituição de Ensino Superior Estrangeira. Além disso, é necessário que haja uma correspondência curricular dos cursos estrangeiros com os cursos de medicina nacionais (p.126)¹⁴⁶. A Resolução n. 1832/2008¹⁵⁰, do Conselho Federal de Medicina, que dispõe sobre o tema, estabelece em seu artigo 2º, que “os diplomas de graduação em Medicina expedidos por faculdades estrangeiras somente serão aceitos para registro nos Conselhos Regionais de Medicina quando revalidados por universidades públicas, na forma da lei.”.

O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeiras (Revalida) foi criado em 17 de março de 2011, pela Portaria Interministerial MEC/MS n. 278¹⁵¹ e sua aplicação é responsabilidade do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), em conjunto com a subcomissão de revalidação de diplomas médicos, formada pelo

Ministério da Saúde, Ministério de Relações Exteriores e Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições Federais do Ensino Superior.

Nesse sentido, a atuação dos médicos formados no exterior sendo brasileiros ou não têm que cumprir uma série de exigências, como as mencionadas acima, para ter seu registro de médicos. Vale ressaltar que as entidades médicas são favoráveis ao Revalida, defendendo ainda que não se deve admitir a revalidação de diplomas médicos estrangeiros que não atendam ao currículo dos cursos de medicina aprovados e reconhecidos no Brasil, com o intuito de evitar prejuízos à sociedade.

Essa realidade foi modificada com uma abertura maior devido à Lei denominada “Mais médicos”, Lei 12.871¹⁵² que, em 2013, instituiu um programa que possibilitou a presença de médicos, inclusive estrangeiros, alocados na atenção primária, dispensando a revalidação dos diplomas estrangeiros.

E, de acordo com o entendimento do Supremo Tribunal Federal que julgou constitucional a Lei dos Mais Médicos¹⁵²:

[...] o modelo adotado pelo governo federal pode ser alvo de críticas, mas foi uma opção legítima para atender a maior preocupação da população, que é a saúde. Pode não ter sido a melhor opção do ponto de vista técnico para alguns, mas foi uma opção de política pública válida, para, pelo menos, minimizar esse grave problema¹⁵².

No que se refere à especialização do médico brasileiro, a Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001¹⁵³, que dispõe sobre as diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação no Brasil, traz que a formação médica tem por objetivo qualificar os profissionais médicos nos conhecimentos necessários ao exercício de competências e habilidades gerais, tais quais, atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração, gerenciamento, e educação.

Destaca, ainda, a resolução, em seu artigo 3º, que o curso de Graduação em Medicina forma profissionais generalistas. Portanto, os títulos de especialistas por cursos específicos de especialização e/ou residência são adquiridos depois da graduação¹⁵³.

Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano¹⁵³.

O objetivo do destaque desse dispositivo é fazer uma diferença entre o médico generalista e o médico especialista. O primeiro são médicos que não possuem especialização em nenhuma área médica. O segundo é o médico que possui título de especialista, oficial, ou residência médica em uma ou mais das 53 especialidades médicas com reconhecimento nacional (p.136)¹⁴⁶.

[...] o termo generalista não se refere ao especialista em Clínica Médica, esta é uma especialidade reconhecida pela Comissão Mista de Especialidades (CME), cujo detentor do título é denominado “especialista em Clínica Médica”, popularizado como “clínico geral” ou simplesmente “clínico”(p.141)¹⁴⁶.

A residência médica no Brasil é regulamentada pelo Decreto 80.281/1977¹⁵⁴, que aduz em seu art.1º:

A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de Saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional¹⁵⁴.

Nos termos do referido Decreto, a residência médica deve ser exercida principalmente nas áreas de clínica médica, cirurgia geral, pediatria, obstetrícia e ginecologia, medicina preventiva e social. Nessas residências deve ter a presença da parte prática e também atualizações de conhecimentos, mediante participação em seminários e outras atividades afins. O tempo de duração não pode ser inferior a um ano em cada área, caso o profissional queira se especializar em mais de uma área.

A Resolução CNRM n. 02/2006¹⁵⁵, estabelece os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica. Esclarece que estes Programas devem ser credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), podem ser de acesso direto ou com pré-requisito. Nos termos do artigo 1º, parágrafo único, “o pré-requisito corresponde ao cumprimento de um programa de Residência Médica credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica”.

Os médicos residentes devem conhecer na íntegra a presente Resolução, uma vez que ela consigna todos os parâmetros para residência médica com acesso direto ou com pré-requisito, dispondo sobre prazos, duração, carga horária, condições mínimas das instituições que oferecem os cursos. O Conselho Federal de Medicina (2004)¹⁴⁵ abordou o tema em sua pesquisa, pois foi um dos quesitos de seu questionário respondidos pelos

médicos entrevistados à época. Segundo esclarece o próprio Conselho, os entrevistados poderiam registrar se tinham feito mais de uma residência¹⁴⁵.

Na pesquisa prévia, 74,1% dos médicos indicaram ter feito uma residência (Machado, 1996), número superior ao observado na presente pesquisa (61,6%). Entre aqueles que indicaram ter feito residência na pesquisa atual, a maioria o fez em IES públicas (78,2%), no Brasil (98,9%), principalmente na região Sudeste (65,2%). O tempo médio de residência ficou predominantemente no intervalo de 19 a 24 meses (63%), sendo que a maioria dos médicos a fez em Cirurgia Geral (15%), Medicina Interna ou Clínica Médica (13,6%) e Pediatria (11,3%). A realização deste tipo de pós-graduação foi mais predominante no Rio Grande do Sul (74,6%), Maranhão (70,4%) e Santa Catarina (68,2%), e menos no Amapá (37,5%), Acre (44,2%) e Rio Grande do Norte (44,8%).(p. 55)¹⁴⁵.

Ressalte-se que os dados acima apresentados, segundo o Conselho, se referiam apenas à primeira opção de residência respondida, embora a maioria tenha declarado ter feito apenas uma residência médica (64,4%), boa parte relatou ter feito duas (31,3%) e uma pequena quantidade (4,3%) de médicos informou que fizeram mais de três residências¹⁴⁵.

Os cursos de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) e *lato sensu* – o MBA (*Master Business Administration*) ou equivalente, estão dentro desta categoria – são regulamentados pela Resolução CNE/CES n. 1, de 3 de abril de 2001¹⁵⁶. Estes precisam de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento, com prazo determinado, concedidos mediante parecer favorável da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, fundamentado nos resultados da avaliação realizada pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES e homologado pelo Ministro de Estado da Educação. Já os cursos de pós-graduação *lato sensu* independem de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento e devem atender ao disposto nesta Resolução, mas devem ser oferecidos por instituições de ensino superior ou instituições especialmente credenciadas para atuarem nesse nível educacional.

Esta resolução estabelece outras normas, sobre esses cursos, instituições que os oferece, dispendo sobre carga horária, qualificação dos professores, entre outros requisitos inerentes ao curso, ficando claro que para os cursos de pós-graduação *stricto sensu* as normas são mais rigorosas que os cursos de pós-graduação *lato sensu*¹⁵⁶. Nas pesquisas de Machado (1996)¹⁴⁷ e CFM (2004)¹⁴⁵, os entrevistados foram questionados sobre se possuíam ou não tais títulos.

O curso de especialização com duração mínima de 360 horas foram aqui considerados (...). Considerando os médicos que disseram tê-los feito, 37,3% informaram que concluíram a especialização – uma porcentagem ligeiramente inferior à observada previamente (40,7%). Este tipo de curso foi realizado principalmente em IES privadas (50,4%), no Brasil (93,2%) e, majoritariamente, na região Sudeste (71%). O tempo médio para sua conclusão se situou predominantemente na de 7 a 12 meses (40,6%) e as três áreas principais de escolha foram: Medicina do Trabalho (15,9%), Cardiologia (8,7%) e Administração Hospitalar (6%). Os cursos de especialização foram mais realizados por médicos que exercem sua profissão no Rio de Janeiro (53%) e em Alagoas (46,7%) menos predominantes em Roraima (25%) e Ceará (28,8%).(p.56)¹⁴⁵.

O Conselho Federal de Medicina (2004)¹⁴⁵, também questionou os médicos entrevistados nesta pesquisa quanto à especialização de mestrado, e com base nas respostas, observa-se que à época a quantidade que tinha feito mestrado era menor que dos que disseram ter feito curso de especialização *lato sensu*, sendo superior aos que tinham respondido na pesquisa prévia de Machado (1996)¹⁴⁷.

14% dos médicos disseram ter feito o curso de mestrado; enquanto na pesquisa anterior, apenas 7,7% (...). Em linhas gerais, a maioria informou ter cursado o mestrado em IES pública (89,6%), no Brasil (96,6%), especificamente na região Sudeste (71,9%). O tempo médio para sua conclusão se situou predominantemente na faixa de 19 a 24 meses (38,5%), este último compreendendo o tempo atualmente recomendado pelas instituições de fomento à pesquisa (CNPq) e formação (CAPES) brasileiras. As áreas em que mais obtiveram este título foram Medicina Interna ou Clínica Médica (8,4%), Pediatria (7,2%) e Cardiologia (7,0%). A realização do mestrado foi mais frequente entre os médicos do Rio de Janeiro (21,4%) e no Rio Grande do Sul (21,2%).(p.56)¹⁴⁵.

As características do curso de doutorado realizado pelos médicos, conforme pesquisa do CFM (2004)¹⁴⁵, tem um perfil parecido com o de mestrado, uma quantidade superior que na pesquisa prévia (Machado, 1996)¹⁴⁷, 6,8% e 3,7%, respectivamente, mas menos entrevistados declararam ter feito pós-graduação *lato sensu* e mestrado. A maioria cursou o curso no Brasil, em Instituição de Ensino Superior pública e na região Sudeste. A duração do curso variou em torno de 37 a 48 meses para a maioria, e as áreas mais estudadas foram: Cardiologia (12%), Medicina Interna ou Clínica Médica (5,8%) e Cirurgia Geral (5,6%). Registra-se que a maioria dos médicos doutores foi de São Paulo (12,3%) e Rio Grande do Sul (8%). Estados que não aparece título de doutor: Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins, todos da região norte. Além disso, uma ínfima quantidade relatou sobre o pós-doutorado¹⁴⁵:

Na pesquisa anterior, 0,9% dos médicos disseram ter realizado ao menos um estágio pós-doutoral. Na que hora se apresenta, houve um pequeno aumento (1,3%), (...), diferentemente dos cursos de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, majoritariamente realizados no Brasil, estes estágios costumam ser realizados principalmente em outros países (61,7%). Geralmente, predominam as instituições públicas (72,7%), mas em menor medida do que ocorre com os cursos de mestrado e doutorado. Provavelmente, isto é reflexo do predomínio da realização deste estágio no exterior. Dos médicos que o realizam no país, a grande maioria o faz na região Sudeste (89,5%). A maioria dos médicos disse realizar o estágio com duração de até 12 meses (34%), embora muitos indicaram tê-lo feito no intervalo de 19 a 24 meses (30%). As principais áreas de escolha foram Cardiologia e a Urologia, ambas com o mesmo percentual (9,2%). Nenhum médico da região norte indicou ter realizado estágio pós-doutoral, o que também foi observado em outros cinco estados: Alagoas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Piauí, Santa Catarina e Sergipe. Os estados com maior porcentagem de médicos que com esta experiência foram São Paulo (2,7%) e Rio Grande do Sul (1,5%).(p.57)¹⁴⁵.

Os títulos de especialistas em área médica no Brasil são regulamentados, atualmente, pela **Resolução do CFM n. 2.116/2015**¹⁵⁷, considerando o convênio celebrado em 11 de abril de 2002 entre Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Estes deverão reconhecer as mesmas especialidades e área de atuação.

Há uma Comissão Mista de Especialidade que dita normas que devem ser observadas para a obtenção dos títulos, como tempo mínimo de duração, áreas de especialidades, entre outras determinações que autorizem a emissão desses títulos pela AMB, órgão competente para tal emissão, bem assim os Conselhos Regionais de Medicina não poderão registrar títulos de especialistas que não sejam reconhecidos pela Comissão Mista de Especialidade.

Regras recentes sobre o tema foram editas por meio da Resolução CNE n.3, de 22 jun 2016¹⁵⁸, que torna mais ágil e eficiente o processo de revalidação de diplomas, como por exemplo, o tempo mais curto para as universidades revalidarem os diplomas; bolsistas “Ciência sem Fronteiras” terão prioridade; ter-se-a agora, de levar em conta, diferenças existentes entre as formas de funcionamento dos sistemas educacionais das instituições e dos cursos distintos. O Ministério da Educação com o objetivo de facilitar as informações sobre a revalidação, lançou o Portal Carolina Bori¹⁵⁹.

Por meio da Resolução CFM n. 2.148/2016¹⁶⁰ foram regulamentadas as normas orientadoras e reguladoras para o reconhecimento e denominação das especialidades e áreas de atuação na Medicina. Tal regulamentação se dá em convênio com a Comissão

Mista de Especialidade (CME), Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). A presente resolução estabelece¹⁶⁰:

O CME não reconhecerá especialidade médica com tempo de formação inferior a dois anos e área de atuação com um tempo de formação inferior a um ano; Cabe a CNRM autorizar e disciplinar ano opcional com o mesmo nome de programas de residência médica, para complementação da formação, mediante solicitação da instituição e com a devida justificativa e comprovação da capacidade e necessidade de sua implementação; em seus editais para concurso para título de especialista ou certificado de área de atuação a AMB deverá observar o tempo mínimo de formação na especialidade ou área de atuação; a área de atuação que apresente interface com duas ou mais especialidades somente poderá ser criada após o consenso entre as respectivas associações¹⁶⁰.

Na Pesquisa do Conselho Federal de Medicina (2004)¹⁴⁵ 59,9% dos médicos respondentes informaram possuir um título de especialidade, 31% disseram ter dois e 9,1% declaram possuir três títulos:

(...) Dos cerca de dois terços dos médicos que disseram possuir este título (66,5%), (...), a maioria informou que o mesmo foi concedido por uma sociedade de especialidade (70,2%), tendo sido registrado no CRM/CFM (87,5%). O tempo médio de exercício da especialidade foi indicado como sendo predominantemente de até 5 anos (31,4%); até 15 anos perfaz um total de 66,4% da amostra, o que reforça que a profissão médica tem sido exercida principalmente por jovens. As três especialidades que mais forneceram títulos de especialistas foram Pediatria (10,4%), Cardiologia (10%) e Ginecologia e Obstetrícia (9%). Ressaltando que os entrevistados poderiam informar mais de uma especialidade (p.58)¹⁴⁵.

A pesquisa Demografia Médica, de 2018⁶, indica que um crescimento do número de médicos especialistas no Brasil, justificando que é resultado das políticas e iniciativas de expansão dos programas de residência médica, comentando que “grande percentual de vagas não ocupadas, mesmo autorizadas, indicam desafios para alcançar a universalização do acesso à residência para todos os recém-graduados”.

Destaca o relatório⁶, ainda, que do total de médicos em atividade no País, 62,5% têm um ou mais títulos de especialista, sendo 282.298 especialistas e 169.479 generalistas (médicos sem título de especialista), revelando que as cinco especialidades com maior registro de títulos são: Pediatria, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Anestesiologia, as quais somam aproximadamente 45% do total de

especialistas, sendo que. as mesmas especialidades são a preferência de 48,3% dos recém-formados.

Na categoria médica, como forma de se atualizar, os médicos podem participar de congressos científicos, acesso a revistas científicas, de abrangência local, regional, nacional ou internacional. Vem-se notando que há interesse progressivo da classe médica pelos congressos e revistas científicas, o que é uma característica importante, pois quanto mais informados e qualificados forem os médicos, melhores serão as suas práticas para o alcance do objetivo maior, qual seja, tratar e cuidar do paciente.

É importante destacar também que a medicina é uma “ciência viva” que precisa se aprimora constantemente, portanto, é de suma importância que os profissionais a exerçam se atualizem e adquiram mais conhecimentos em suas respectivas áreas de atuação. A maioria dos próprios profissionais entende que necessita dessa atualização, pois dessa forma serão cada vez mais tecnicamente qualificados para atender seus pacientes. O que gera confiança tanto do profissional que está atendendo, quanto do paciente, podendo assim, por conseguinte, resultar em ascensão profissional.

Em relação à participação dos médicos em algum tipo de sociedade científica, no período de estudo da presente pesquisa, tem-se como referência os dados apresentados pelo Conselho Federal de Medicina (2004)¹⁴⁵, que indagou se os médicos entrevistados à época eram membros de alguma sociedade científica, obtendo os seguintes resultados:

Os que responderam “sim” representaram a maioria (98,3%), e 1,3 não responderam a questão. No presente estudo, a porcentagem de membros deste tipo de instituição baixou consideravelmente no presente estudo (71,3%). Dentre os que indicaram ser membro, a maioria é de instituições científicas de âmbito nacional (80%). Esta porcentagem variou um pouco em detrimento dos estados considerados: aqueles que menos relataram ser membros exclusivos deste tipo de sociedade foram São Paulo (74,8%) e Rio Grande do Sul (76,6%); e os que mais declararam, Rondônia (95,6%) e Amapá (91,5%).(p.71)¹⁴⁵.

Em relação à demografia de 2015⁵ registra-se que as desigualdades de distribuição de médicos ainda são imensas, embora o Brasil tenha razão nacional de 2,11 médicos por 1.000 habitantes. Explica a pesquisa que a comparação entre unidades da federação, no entanto, não é suficiente para ilustrar o nível de desigualdade que leva inclusive à ausência total de médicos em determinados municípios.

Continua a pesquisa, indicando que as regiões Norte e Nordeste estão abaixo da razão nacional e que as outras três demais regiões têm razão médico/habitante acima da média nacional. A região Sudeste conta com o maior número de médicos por 1.000

habitantes, 2,75, acima da região Sul, com 2,18, e da região Centro-Oeste, com 2,20. Já São Paulo tem 117.995 médicos, que equivalem a 28,1% do país, para uma população que corresponde a 21,7% do total. Na região Sudeste estão 55,3% dos médicos e 42% da população do país. Na região Nordeste trabalham 17,4% dos médicos brasileiros e vivem 27,8% do total da população⁵.

Quanto aos médicos em atividade no Brasil (2004)¹⁴⁵, 59% – ou 228.862 deles – têm título de especialista. Os outros 159.341 profissionais, ou 41% do total, chamados de generalistas na pesquisa, não têm título de especialista emitido por sociedade ou via Residência Médica. Ressaltou-se que, dentre os especialistas, 64.192 médicos têm duas ou mais especialidades e que o aumento do número de médicos especialistas nos últimos anos pode ser reflexo da melhor qualidade e completude dos bancos de dados utilizados, mas também da expansão dos programas e vagas de Residência Médica.

A demografia de 2015⁵ aponta também que na análise da distribuição de médicos especialistas e generalistas segundo estratos etários, a menor porcentagem de especialistas está na faixa mais jovem, de até 29 anos, com 21,3%; na faixa de 40 a 44 anos chega a 77,2%, vindo a cair nas faixas etárias mais elevadas. Registra que entre médicos titulados e sem títulos, homens e mulheres seguem a mesma proporção, aproximadamente 59% são especialistas e 41% são generalistas.

O relevante ainda assinalado na pesquisa é que a distribuição dos médicos com título de especialista, segundo as 53 especialidades médicas oficialmente reconhecidas no Brasil, mostra que as seis especialidades com maior registro de títulos somam 49% do total de especialistas. Além da Clínica Médica (especialidade com maior número, 35.060 médicos, o equivalente a 10,6% de todos os títulos de especialista) estão nesse grupo a Pediatria, a Cirurgia Geral, a Ginecologia e Obstetrícia, a Anestesiologia e a Cardiologia. As seis especialidades consideradas básicas ou gerais (Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade e Medicina Preventiva e Social) concentram 40,3% do total de especialistas.

Percebe-se na pesquisa que as especialidades nas quais os homens representam mais de 90%, são Urologia, Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Torácica, Neurocirurgia, Cirurgia do Aparelho Digestivo e Cirurgia Cardiovascular e que apesar da estreita diferença, as mulheres já são maioria, por exemplo, em Clínica Médica (50,4%), Ginecologia e Obstetrícia (52,9%) e Medicina de Família e Comunidade (56,5%).

Dados interessantes para o estudo da tese em questão são os registros da Demografia de 2015⁵ de que no Brasil, em 2014, do total de médicos, 31% tinham 55

anos ou mais, muito próximo da média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (32%). O Brasil está distante de países como Reino Unido (13%), Coreia do Sul (14%) e Irlanda (19%), que tiveram grande afluxo de jovens médicos diplomados nos últimos anos. A tendência de juvenescimento da população médica no Brasil deve se acentuar com a abertura de mais escolas e o crescente número de diplomados.

Os dados acima, considerando o Brasil no cenário mundial, destacam que com 2,1 médicos por 1.000 habitantes, o Brasil é o oitavo país com a menor taxa dentre os 40 selecionados pelo estudo, abaixo da média de 3,2 médicos por 1.000 habitantes. Abaixo do Brasil, apenas, Coreia do Sul, Turquia, Chile, China, África do Sul, Índia e Indonésia.

Destaca também a pesquisa de 2015⁵, que embora com diferenças no perfil e na duração da formação, e, em alguns países, há possibilidade de profissionais não médicos realizarem determinados procedimentos obstétricos, a Ginecologia e Obstetrícia é uma especialidade médica relativamente homogênea no mundo, o que permite comparações. Na média, entre os países da OCDE, há 27,3 ginecologistas-obstetras (GO) para cada 100.000 mulheres e que no Brasil, a taxa é a mesma: 27,3 por 100.000 mulheres, tomando o número de 28.280 GOs (2014) e a população feminina brasileira de 103,77 milhões (IBGE, 2013).

Registra-se, ainda, entre 2015 e 2017⁶, acréscimo ao banco de dados do estudo de 53.436 médicos com títulos de especialistas. O aumento é consequência da formação de novos especialistas, mas também de melhorias na alimentação e captação de dados implementados pelas fontes originais, como: CNRM, AMB e CRMs.

A pesquisa de 2018⁶ marca que na Região Sul são 2,27 especialistas para cada generalista, enquanto no Nordeste essa razão é de 1,34 e no Norte, 1,06. Os dados do Centro-Oeste, com quase o dobro de especialistas (razão de 1,93) são influenciados pela presença do Distrito Federal, que tem 2,76 especialistas para cada generalista, maior concentração de médicos especialistas em todo o País. O Sudeste tem razão de 1,68 especialista para cada generalista, praticamente a mesma taxa do Brasil como um todo, que é 1,67¹⁶¹.

O tema mercado de trabalho dos médicos é um assunto certamente de interesse dos profissionais e das instituições que os representam, pois através de um estudo de mercado de determinada profissão busca-se visualizar os problemas que precisam ser resolvidos ou minimizados para melhorar atuação do profissional; as melhorias necessárias, avanços que possa contribuir para o melhor desenvolvimento desse trabalho.

Por tais razões, o Conselho Federal de Medicina vem estudando o assunto já algum tempo.

No Brasil, conforme a Constituição Federal de 1988, ora vigente, a saúde é um direito de todos e um dever do estado, o que justifica a existência de um setor público de saúde, com um Sistema Único de Saúde (SUS) custeado pelos cofres públicos, criado por esta Carta Suprema, buscando o atendimento da saúde da população. Cabe ainda, salientar que no Brasil a rede pública de saúde é a que mais emprega médicos, embora haja atendimentos também em consultórios, setor privado e filantrópico.

Segundo o Conselho Federal de Medicina: “O exercício da Medicina neste setor caracterizou a fonte principal de emprego médico no Brasil, inclusive ocupando o lugar previamente reservado às atividades no consultório”¹⁴⁵. A jornada de trabalho varia entre vinte e quarenta horas semanais, mas os ganhos neste setor não ultrapassam 50% dos rendimentos mensais desses profissionais, conforme a maioria dos entrevistados respondeu. Em relação às condições de trabalho, 45,9% dos entrevistados consideraram regulares e 31% boas¹⁴⁵.

O trabalho tem sido realizado principalmente nos hospitais (56,6%), tal como observado na pesquisa anterior (55,1%). Entretanto, os postos de saúde, que antes compreendiam o cenário laboral de 1,3% dos médicos, atualmente são ocupados por 14,3% destes; destaca-se nesta pesquisa a diminuição das atividades em ambulatório, que passaram de 30,1% para 9,2%, bem como a apreciação das unidades de PSF (4,9%).(p.81-82)
¹⁴⁵.

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado pela Constituição Federal de 1988, vigente no Brasil, tem por objetivo garantir saúde integral e gratuita à população como um todo. Embora, na prática venha sendo constatada uma realidade diferente, uma vez que em muitos lugares faltam condições básicas para atendimento dos pacientes e infraestrutura para que os profissionais da área desenvolvam suas atividades.

A questão financeira do SUS é um grande impasse para que o sistema funcione adequadamente. O problema começa pelo seu financiamento, depois a forma de aplicação desses recursos que chegam às secretarias de saúde. Não é novidade reportagens tratando do assunto e apontando falta de medicamento, falta de equipamentos que realizem exames, máquinas quebradas, hospitais sem leitos, entre outras precariedades, e o mais grave é a falta de médicos para atender aos doentes.

A Constituição Federal de 1988 trouxe o tema saúde dentro da seguridade social, esta por sua vez, referindo-se a um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes

públicos e da sociedade, que tem por objetivo proporcionar os direitos de garantia referentes à saúde pública, previdência e assistência social, conforme redação do artigo 194 deste diploma legal. Estabelece ainda, em seu artigo 198, § 1º que o SUS será financiado pela seguridade social, União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e outras fontes previstas na própria Constituição.

A CF também estabeleceu, o que é importante para este processo de custeio da saúde, uma vinculação da União, Estados, Distrito Federal e Municípios responsabilizando as três esferas de governo, ao definir recursos mínimos obrigatórios para o financiamento do Sistema Único de Saúde, no âmbito delas.

Mesmo assim, com a obrigação do Estado de custear saúde gratuita e integral para toda a população brasileira, o cenário da saúde que deveria ser algo confortável para a população, por meio de acesso digno, se tornou um verdadeiro caos. E, em parte significativa dos casos, os pacientes são submetidos a situações degradantes. Os médicos por sua vez sentem-se desestimulados a trabalhar nesses ambientes hospitalares sem condições mínimas.

Com o início da implantação do SUS, em 1990, o financiamento passou a ser a questão central da política de saúde. Até então, a escassez de recursos, embora relevante, não tinha a magnitude que passou a ter nos últimos vinte anos. Vários fatores têm contribuído para dar à questão do financiamento a importância política que tem atualmente. Primeiro, porque no passado a assistência médico-hospitalar, principal componente do gasto com saúde, estava restrita à população previdenciária, criando uma situação de verdadeiro *apartheid* médico ao segmentar cidadãos, em pacientes de 1ª (previdenciários urbanos, trabalhadores do setor formal), 2ª (previdenciários rurais) e 3ª classe para entender a gestão do SUS / 2011 (aqueles sem proteção previdenciária, então chamados, “indigentes”). Somente depois de 1988, passou a ser universal, não obstante os avanços graduais nesse sentido ocorridos a partir do final dos anos 1940 mediante políticas públicas de inclusão¹⁶².

A avaliação médica apresentada na pesquisa do Conselho Federal de Medicina (2004)¹⁴⁵, no que se refere às condições de saúde no Brasil para o período pesquisado, não são das melhores, na verdade, retrata uma situação preocupante, uma vez que esses profissionais tem conhecimento privilegiado de tais condições, pois trabalham com elas diariamente.

Para melhor compreensão dessa avaliação das condições de saúde pública foram efetuados os seguintes questionamentos aos entrevistados pelo Conselho Federal de Medicina (2004)¹⁴⁵, com as respectivas respostas:

- a) *As condições gerais de saúde da população da cidade e/ou região dos entrevistados*: a porcentagem foi maior para condições inadequadas (46,2%); e apenas 9,9% consideravam adequadas. Essas condições inadequadas preponderaram-se na Bahia (72,1%), Maranhão (71,6%) e Pernambuco (67%). Já os estados que este número insatisfatório é menor, Santa Catarina (19,3%), Rio Grande do Sul (26,9%) e Paraná (27,5%);
- b) Quanto à *situação do atendimento às emergências*: a maioria considerou inadequadas também (49,4%), enquanto que adequadas apenas 18,2% foram registradas. Dos estados de situações inadequadas, novamente a Bahia (80,4%) e Maranhão (71,1%), e Roraima (77,5%);
- c) A situação das condições da *assistência materno-infantil*: neste ponto as respostas melhoraram um pouco e os índices variaram. 39,9% acham que as condições eram mais ou menos adequadas; 32,9% consideravam inadequadas; 27,2% informaram como adequadas. Neste ponto onde teve mais condições inadequadas, Bahia (68,5%), Alagoas (55,6%) e Rondônia (53,9%). E mais adequada, Paraná (16,3%), Santa Catarina (16,6%) e Rio Grande do Sul (17,2%).(p.104)¹⁴⁵.

Pelo que se pode notar com as informações abaixo, o próprio Conselho entendeu com essa apuração, que a implantação do SUS não foi favorável aos médicos¹⁴⁵.

Quanto à avaliação que os médicos fazem do SUS, foram considerados seis aspectos principais: cobertura da assistência, emprego médico, qualidade dos serviços, organização dos serviços, rendimentos médicos e condições de trabalho [...]. Para cada um os médicos deveriam indicar uma das seguintes opções: diminuiu/ piorou, não se alterou ou aumentou/melhorou. No geral, a avaliação do processo de implementação dos SUS foi considerada inadequada, pois dos seis fatores considerados em quatro deles os médicos indicaram majoritariamente diminuiu/piorou, a saber (em ordem decrescente): condições de trabalho, rendimentos médicos (52,4%), qualidade dos serviços(47,4%) e organização dos serviços(40,7%); em dois deles aumentou/melhorou: cobertura da assistência (50,7%) e emprego médico (44,8%) [...]. (p.105)¹⁴⁵.

O Programa de Saúde da Família teve início no Brasil em 1994, pelo Ministério da Saúde, em atenção aos princípios do SUS, visando a reformulação do padrão assistencial existente à época voltados para a atenção básica da saúde. O Programa tem como objetivo o atendimento da família, mediante práticas de prevenção, promoção, recuperação da saúde e qualidade de vida dessas famílias, buscando um atendimento de maneira total e com continuidade. Na pesquisa do CFM (2004, p.106)¹⁴⁵, os médicos tiveram opinião mais positiva em relação a este programa do que as emitidas sobre o próprio SUS. O SUS também conta com estabelecimentos conveniados e filantrópicos para atendimento da rede pública de saúde, mediante repasses financeiros para esses estabelecimentos. Representantes da classe médica vêm questionando os valores

tabelados para pagamento pelo SUS dos procedimentos realizados nessas instituições parceiras.

A atividade médica no setor filantrópico é exercida principalmente em hospitais, e uma menor parte em ambulatórios. Estas dependem majoritariamente de convênios com o SUS, e também planos de saúde privados. Ressalta-se que outra parte desses atendimentos é de cunho propriamente filantrópicos. Em regra, esse trabalho tem a atenção de 10h semanais, para a maioria dos profissionais, sendo que há médicos com carga horária que varia entre 20 e 40 horas semanais e a contribuição nos rendimentos desses profissionais é extremamente reduzida, quando comparada com a carga horária de trabalho. A experiência de atuação dos profissionais neste setor não ultrapassa 10 anos e, ainda, a opinião desses médicos sobre as condições de trabalho nesses locais foram tidas como regulares (39,4%) ou boas (36,7%).

Normalmente, essa tabela de preços dos serviços encontra-se muito abaixo do valor de mercado. E essa defasagem compromete as atividades dos conveniados, pois os custos que essas instituições costumam ter com os procedimentos hospitalares são superiores aos recursos recebidos do SUS para o mesmo fim. Tais motivos desestimulam não apenas as instituições parceiras, mas também os médicos atuantes nestas e nos próprios postos do SUS, sendo que estes se desdobram trabalhando em vários locais para atingir seus objetivos financeiros, profissionais e pessoais.

Os médicos que trabalham no SUS normalmente ocupam mais de um posto. Embora haja registro dos médicos que trabalham no SUS no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), nem todos os médicos que prestam serviços no SUS são devidamente registrados. Há contrato terceirizado e de outras modalidades que não estão registrados no CNES. Portanto, os dados porventura apresentados não são absolutos. O SUS, nos termos da constituição federal, deve atender toda a população, embora não ocorra na prática, nas ações de promoção, vigilância, assistência farmacêutica, urgência, emergência e alta complexidade (p.51,v2)¹⁴⁶.

Os médicos atuam no mercado privado em clínicas, hospitais, consultórios, estes sendo o segundo maior setor de atuação, conforme constatou a pesquisa do CFM (2004), que também observou que o setor privado depende principalmente de auxílio dos “*convênios exclusivos com planos privados de saúde (48,2%) e na conjunção de convênio com o SUS e com os planos privados de saúde (28,7%)*” (p.82)¹⁴⁵. Mas vale ressaltar que, se a prestação do serviço é apenas particular, então esta área ganha relevância para a

escolha de atuação dos médicos. Tanto que os consultórios médicos atingem o topo, de maneira individual ou em grupo.

A maioria dos médicos que desenvolve atividade em consultório tem instalações próprias, e se organizam de forma individual (32,1%) ou em grupo (19,7%), atuando como pessoa física ou jurídica, além de participar como sócios de cooperativas médicas, possuindo em alguns casos convênios. A jornada costuma ser de até 20h semanais. Os rendimentos auferidos nesta atividade contribuem com até 50% para os ganhos mensais desses profissionais. Com experiência no ramo de até 10 anos (p.80)¹⁴⁵.

Além dos diversos setores de atuação médica já citadas acima, é de suma importância destacar a necessidade dos médicos dentro das instituições de ensino como corpo docente, embora esta atividade não seja considerada atividade principal pela maioria dos médicos – pois, boa parte exerce a docência, ao mesmo tempo em que, também atua em consultórios, hospitais, postos de saúde e demais ramos da atividade médica –, é uma área de atuação dos médicos que faz jus ser pontuada neste capítulo que trata do trabalho do médico.

A atividade de docência médica não é destacada no mercado como os outros ramos de atuação da área médica, ficando quase sempre em segundo plano. Na contratação dos professores de medicina é prioridade a qualificação “de seu desempenho em sua área técnica de atuação”¹⁶³. Além disso, podem ser levados em conta para contratação dos docentes da área médica, outros critérios como, “pelo trabalho desenvolvido em pesquisa e publicações científicas e não pela capacidade de ensinar, conforme observam Finucane e Rolfe (1996), McLeod et al (2003) e McLean (2001) apud Costa (2007)¹⁶³, fator que os leva a se afastarem das atividades docentes”.

Uma das grandes questões existentes na problemática supracitada se refere à falta de preparo específico para os professores no campo pedagógico. Pressupõe-se que o professor seja um profissional portador de um profundo conhecimento e que deva ensinar, porém, esse aspecto não é tido como único suporte para definir sua competência didática.

Nas próprias universidades de medicina é notória a falta de valorização que é dada a formação pedagógica para os profissionais que querem lecionar no mundo acadêmico. Como citado anteriormente, os estímulos e critérios que permeiam o sucesso na área docente é fundamentada mais na produção acadêmica do que na prática docente em si. Isso acarreta em professores que veem mais a si mesmos como pesquisadores do que como professores de fato. Nesse contexto a Organização Mundial da Saúde recomenda uma reforma curricular, argumentando que a formação profissional do docente seja

integrada a própria grade curricular. Considerando que nas escolas de medicina a prática docente deveria ter o mesmo peso do que as atividades voltadas para pesquisa, devendo considerar ambos os aspectos como indicadores de competência.

A docência médica como atividade exclusiva é opção de uma minoria, comparada às outras áreas de atuação da medicina, “apenas 14% desses profissionais exercem a docência com exclusividade, já que 85,9% desdobram-se entre esta e outra área de atuação”(p. 83)¹⁴⁵. Dessa porcentagem que a exerce com exclusividade, a maior parte, ao tempo da pesquisa do CFM (2004)¹⁴⁵, trabalhava em “instituições de ensino público (62,5%), dessas 33,6% são IES federais; 30,7% são privadas e 6,7% são filantrópicas” (p. 83)¹⁴⁵.

A medicina por se tratar de uma área profissional essencial para salvar vidas humanas, tem como modalidades de atuação, entre outras, as atividades de plantões médicos, necessárias e constantes, exigindo-se muito dos profissionais atuantes que por sua vez precisam de condições adequadas de trabalho para exercer a profissão nesta modalidade. Os regimes de plantões no Brasil são utilizados tanto por instituições médicas particulares, quanto pelas públicas.

Os médicos podem desenvolver suas atividades na modalidade de plantonistas permanecendo no local de trabalho até o término da sua jornada ou, podem ficar de sobreaviso por determinado período de tempo, preestabelecido, para uma dada unidade médica. O sobreaviso corresponde a um plantão não presencial, o médico não fica no local, mas tem o compromisso de comparecer no local caso solicitado. O médico de sobreaviso, segundo Resolução CFM n. 1.834/2008¹⁶⁴, deve ser remunerado de forma justa. Há uma tendência ainda, dos médicos exercerem as duas atividades concomitantemente: presente no local e sobreaviso.

Registro de dados de 1990 a 2004 demonstram que a atividade de plantonista vem crescendo, sendo que na modalidade presente no local de trabalho diminui, embora, prevaleça o número dos que combinam plantões no local de trabalho com o sobreaviso. Não é demais lembrar que o avanço da tecnologia, que possibilita meios de comunicações ágeis, como um celular, por exemplo, facilita um contato rápido com o médico sobreaviso onde ele estiver¹⁴⁵.

Considerando o período acima de apuração (1990-2004), os médicos que mais trabalham em regimes de plantões eram do Tocantins (75,7%) e Amapá (72,9%); e os que menos atuavam assim eram do estado do Pará (36,9%) e Rio Grande do Sul (43,7%). Em

relação aos plantões presenciais, os estados que se sobressaem são Pernambuco (83,1%) e Ceará (83,1%) contrariamente aos estados de Santa Catarina (40%) e Paraná (44,6%)¹⁴⁵.

Em diversos momentos deste capítulo foram apontados dados quanto aos rendimentos dos médicos, como também quanto à satisfação das condições de trabalho dos médicos. No período de 1990 a 2004, de forma geral, a regra era a maioria satisfeita com a principal especialidade que atuava. Em termos de rendimentos mensais individuais, tanto na pesquisa de Machado (1996)¹⁴⁷ quanto na do CFM: 2004, a maioria ganhava até U\$ 2.000,00 (dois mil dólares). E uma minoria afirmou ganhar mais de U\$ 4.000,00 (quatro mil dólares). E suas expectativas de ganhos não diferiam muito dessa realidade¹⁴⁴.

Segundo a pesquisa do Conselho Federal de Medicina (2004)¹⁴⁵, havia um conformismo da classe médica em relação a esses ganhos salariais.

Esta situação é extensiva ao caso do piso salarial considerado adequado para uma jornada de 20 horas semanais; atualmente, 37,1% dizem ficar satisfeitos com um piso de até U\$ 1.000,00 (mil dólares) e 4,6% acham adequado ganhar acima de U\$ 3.000,00 (três mil dólares). No estudo prévio, estas porcentagens foram de 17,4% e 13,4%, respectivamente (p. 87)¹⁴⁵.

A orientação e a participação sociopolítica dos médicos foram analisadas tanto na pesquisa de Machado (1996)¹⁴⁷, quanto na pesquisa do CFM (2004), período este, compreendido no intervalo do presente estudo de doutorado (1988 a 2008). Questionados na pesquisa (CFM, 2004)¹⁴⁵, a maioria dos médicos respondentes informou da implantação do Programa Saúde da Família – PSF, nas cidades/regiões em que atuam. No entanto, quanto ao sistema de convênios, ao contrário do que ocorreu na pesquisa de Machado (1996) que teve uma aprovação de 79,1%, na pesquisa do CFM (2004)¹⁴⁵, foram desfavoráveis 39,9%, e apenas 20,5% declararam favoráveis. Esses médicos têm acesso e leem jornais impressos por sua categoria e em absoluto declararam conhecer o Código de Ética Médica.

Os pesquisadores quiseram saber da participação dos médicos entrevistados em associações médicas locais e sindicatos da categoria. Responderam, portanto, 67,2% informando serem membros das associações médicas (entre as razões para se associar, está basicamente a necessidade de ‘*manter-se informado* (54,6%), seguida de *experiência profissional* (41%)’; e, 42,4% responderam estar filiado ao sindicato dos médicos (a razão

para se filiar, *defesa dos interesses sindicais* (54,2%), seguida de *proteção no exercício da Medicina* (45,3%) dos filiados)¹⁴⁵.

O sistema de convênios, embora usado pelos médicos, trouxe insatisfações para estes profissionais, uma vez que conforme as perspectivas da pesquisa, 83,4% apontaram que houve um aumento para a burocracia no consultório; diminuiu/piorou a liberdade de fixação dos honorários (83,6%) e a autonomia profissional (78%), a liberdade de escolha para o paciente (52,3%), a facilidade de internação e exames (50,7%) e a abertura de mercado de trabalho (41,1%). Para a maioria dos médicos (38,7%) houve uma redução no número de clientela. Portanto, é nítida uma insatisfação com os sistemas de convênios pela maioria da classe médica, sendo uma unanimidade em todo território nacional.

Entre as Instituições da Classe Médica que publicaram jornais impressos tem-se: CFM, FENAM, AMB, CRM, Sindicato Médico e Associação Médica¹⁴⁵.

Quanto à leitura dos jornais impressos mais lidos foram o do Conselho Federal de Medicina (97,3%), o dos Conselhos Regionais de Medicina (91,5%) e o das Sociedades de Especialidades, neste caso em âmbito nacional (83,1%); o jornal da Associação Brasileira vem logo após (72,9%). Perguntados sobre a importância destes jornais, o considerado mais importante foi o da Sociedade de Especialidades (49,6%; em âmbito nacional), seguido de perto pelo do Conselho Federal de Medicina (45%). O jornal dos Conselhos Regionais de Medicina e o das Sociedades de Especialidades (estaduais) praticamente tiveram o mesmo grau de importância, tendo sido indicados como *muito importantes* por cerca de 42% dos médicos (p. 109)¹⁴⁵.

Os médicos também foram indagados quanto à atuação dessas entidades e apontaram como satisfatórias as atuações do Conselho Federal de Medicina (46,6%), dos Conselhos Regionais de Medicina (45,9%) e da Associação Médica Brasileira (32,3%). A insatisfação pela maior parte dos médicos está com a atuação da Associação Médica local (63,1%) e do Sindicato Médico (55%). (p.109)¹⁴⁵.

Em 2013, a Agência Brasil – EBC (Empresa Brasil de Comunicação) noticiou uma pesquisa do IPEA¹⁶⁵, realizada naquele ano sobre “Perspectivas Profissionais – Nível Técnico e Superior”, apontando o curso de medicina como a melhor carreira para o futuro profissional, com base em dados de 2009 a 2012 do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). A partir dos critérios: salário, jornada de trabalho, facilidades de se conseguir emprego e cobertura previdenciária. Destacam ainda, que “Medicina já era a líder do *ranking* na década passada”, segundo Presidente do IPEA, à época.

A agência ouviu uma médica a respeito da pesquisa do IPEA, que discordou desse resultado e relatou que, em alguns casos, os salários são baixos para médicos iniciantes, e em outras situações as condições de trabalho não são tão boas, segundo a EBC. Quanto ao tema, entre 1996 e 2004, os médicos foram questionados sobre o que pensavam do futuro profissional nas pesquisas de Machado (1996)¹⁴⁷ e CFM (2004)¹⁴⁵.

A maioria dos médicos entrevistados, tanto em uma como em outra pesquisa demonstraram visão pessimista do seu futuro profissional: pesquisa prévia 41,1% e Pesquisa CFM (2004)¹⁴⁵ 45,7%; quanto aos otimistas, 18,5% e 14,7%, respectivamente. Segundo o CFM (2004), entre os pessimistas se sobrepõe o assalariamento (62,2%) e a incerteza (59,9%). Já quanto ao otimismo os respondentes acham mais importante a competência profissional (46%)¹⁴⁵.

Dessa forma, embora, haja um mercado promissor e pesquisas apontem a medicina como sendo a melhor área de formação para um futuro, conforme mencionado na reportagem da Agência Brasil – EBC, a visão particular dos médicos, nem sempre é alinhada a esses resultados.

2.2 Saúde dos Médicos

A saúde dos médicos é tema pouco explorado na literatura brasileira, sendo ainda escassos os estudos. Já em outros países, temos vários autores que valorizam a importância da pesquisa voltada à preocupação da saúde deste profissional tão relevante para o contexto social. Autores como Forsythe, Calnan e Wall (1999), Galambos, Pethebrigde, Manicavasagar e Johnson (2004) citados em Barbosa, Andrade, Carneiro, Gouveia (CFM, 2007)¹⁶⁶, em maioria, concluíram que a atividade profissional do médico é de extrema pressão diária e a responsabilidade de decidir constantemente sobre o melhor para o seu paciente, muitas vezes, tratando-se da própria vida deste, leva os médicos a contraírem doenças de ordem psiquiátrica e orgânica (com elevada prevalência de *burnout* e mesmo de suicídio).

A profissão médica vive hoje uma grande crise institucional, que envolve aspectos internos à corporação, ao ambiente de trabalho individual e organizacional e até mesmo aspectos do processo de trabalho médico. Fatores como: aumento da jornada de trabalho do médico, multiemprego, a redução relativa e absoluta do valor do trabalho médico, a baixa remuneração e, em especial, a deterioração geral das condições de trabalho,

impedindo em muitos casos a realização plena de seu trabalho profissional, são algumas razões dos males acometidos à saúde dos médicos brasileiros.

Tais fatores contribuem para o aumento exponencial do número de queixas e reclamações e processos no Conselho Federal de Medicina, como no âmbito judicial. Em 2015, um dos jornais mais conceituados e respeitados do País publicou essa realidade, apontando que em 4 anos, 2010 a 2014, o número de processos por erro médico cresceu 140%, registrando estatística fornecida pelo no Superior Tribunal de Justiça e que “[...] No mesmo período, 18 médicos tiveram seus registros cassados e outros 625 receberam outros tipos de punições do Conselho Federal de Medicina (CFM) por agir com imprudência, imperícia ou negligência, práticas que caracterizam o erro médico”¹⁶⁷.

Nitidamente, as atribuições impostas ao médico são muitas e, frequentemente, alheias aos seus interesses e, muitas vezes, à sua carga horária. Suas atribuições vão, na maioria das vezes, agrupadas com outras, além do exercício clínico ou cirúrgico. Atualmente, o médico desenvolve trabalhos administrativos, planeja ações, entre outras tarefas. Sem contar com as outras exigências do cotidiano como reciclar-se, investigar, organizar, participar de reuniões, seminários, conselhos, processos de avaliação além do preenchimento de inúmeros relatórios periódicos e individuais¹⁶⁸.

E essa intensificação profissional cotidiana que sobrecarrega os profissionais da saúde, em especial, o médico, tendo como consequências drásticas a redução do tempo disponível para si mesmo, facilitando amplo prejuízo em sua vida particular. Criado na década de setenta, pela psicóloga Cristina Maslach, o conceito de *burnout*, apesar de algumas críticas iniciais, foi rapidamente aceito e tem sido tema de inúmeros artigos científicos, livros e apresentações em congressos de psicologia, psiquiatria e educação médica, tornando-se assim um conceito inquestionável.

Burnout (esgotamento profissional) é definido como uma síndrome psicológica decorrente da tensão emocional crônica no trabalho, constituída pelas dimensões: Exaustão Emocional, Desumanização ou Cinismo e Decepção, denominada também Diminuição da Realização Pessoal ou Ineficácia¹⁶⁹.

A síndrome é entendida como um conceito multidimensional que envolve três componentes:

- 1) Exaustão Emocional – situação em que os trabalhadores sentem que não podem dar mais de si mesmos a nível afetivo. Percebem esgotada a energia e os recursos emocionais próprios, devido ao contato diário com os problemas.
- 2) Despersonalização – desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas e de cinismo às pessoas destinatárias do trabalho (usuários/clientes) – endurecimento afetivo, ‘coisificação’ da relação.

3) Falta de envolvimento pessoal no trabalho – tendência de uma ‘evolução negativa’ no trabalho, afetando a habilidade da realização do trabalho e o atendimento, ou contato com as pessoas usuárias do trabalho, bem como com a organização¹⁶⁹.

Cada um dos componentes acima deve ser analisado separadamente como uma variável contínua com níveis alto, moderado e baixo e não como uma variável dicotômica, onde existe ou não existe a presença do sintoma. Pela combinação do nível de cada um dos três componentes se obtém o nível do *burnout* do indivíduo ou categoria. Deve observar-se que um nível moderado de *burnout* já é preocupante do ponto de vista epidemiológico, sendo passível de intervenção, uma vez que o processo já se encontra em curso.

O nome *burnout* foi escolhido para refletir algo como perder o fogo, perder a energia ou queimar para fora. É uma síndrome através da qual o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho, de forma que as coisas já não o importam mais e qualquer esforço lhe parece ser inútil. Esta síndrome afeta, principalmente, profissionais da área de serviços quando em contato direto com seus usuários. Como clientela de risco são apontados os profissionais de educação e saúde, policiais e agentes penitenciários, entre outros.

Segundo os autores acima citados, a dimensão Exaustão Emocional faz referência a um sentimento de fadiga e esgotamento energético, que exaure os recursos emocionais do indivíduo. Esse componente do *burnout* retrata o aspecto de estresse individual da síndrome. A Desumanização, componente interpessoal do *burnout*, engloba as atitudes negativas de dureza, indiferença e distanciamento excessivo, manifestadas pelos profissionais no relacionamento com os usuários dos seus serviços. A dimensão Decepção relaciona-se a um sentimento de incompetência e a percepção de um desempenho insatisfatório no trabalho, retratando o aspecto de autoavaliação do *burnout*, conforme Maslach et al, 2001; Tamayo, 2008; Tamayo, Tróccoli, 2002a, 2002b, citados em Tamayo (2009)¹⁷⁰.

Diversos autores alertam para a expansão do *burnout* e sinalizam que esse fenômeno, ao se nutrir de mudanças negativas no mundo do trabalho, está-se alastrando de maneira preocupante. Por exemplo, Maslach et al (1997), ao abordarem as proporções epidêmicas tomadas pelo *burnout* descrevem o ambiente de trabalho atual como frio, hostil e muito exigente, sob os pontos de vista econômico e psicológico, aspectos que estão levando as pessoas à exaustão emocional e física¹⁷¹.

Observou-se que nos últimos anos um aumento no interesse de pesquisadores sobre a síndrome de *burnout* entre médicos. Um estudo realizado por Arigoni et al, na Suíça observou-se prevalência de *burnout* de 33 a 42% entre os médicos, sendo essa alta prevalência atribuída ao aumento da complexidade do sistema de saúde suíço, aumento que se mostra como tendência mundial¹⁷².

Ao pesquisar o tema “saúde dos médicos no Brasil”, verificou-se a incidência da síndrome de *burnout* e como consequência, o consumo de drogas, muitas vezes com dependência de outras substâncias químicas. Segundo pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina¹⁶⁶ na qual os seus pesquisadores expõem que mesmo tendo havido um esforço de pré-notificação intensa, somente alcançaram respostas próximas a 50%, dos médicos inscritos no ano de 2009.

Mas, os mesmos pesquisadores ressaltaram na obra já citada que isso não se tornou um impedimento para a retirada de certas conclusões a partir das informações coletadas. A pesquisa trouxe dados importantes onde registra que “segundo o padrão da população brasileira, os médicos adoecem dos mesmos males e usam medicamentos equivalentes”, talvez pelo desgaste profissional, também chamada de síndrome do esgotamento profissional, o *burnout*. Ressalta, ainda, um padrão de consumo de drogas, muitas vezes com dependência de algumas substâncias¹⁶⁶.

Com a pesquisa, dados consideráveis foram apontados, como a alta incidência de doenças que são mais ameaçadoras à saúde: distúrbios oculares de refração, acometimentos osteomusculares, cardiovasculares e a hipertensão arterial. Outras como: os transtornos mentais e comportamentais, com nítida predominância dos estados depressivos, e as apontadas com destaque, enfermidades endócrinas, metabólicas e nutricionais. Ao final, os pesquisadores relataram que somente três médicos revelaram o uso de neurolépticos, medicamento utilizados para a doença psicose, mas que essa não seria a prevalência real e esperada. Sobre o cometimento de *burnout* em médicos brasileiros, vale citar algumas pesquisas realizadas no País, em especial, aquelas que tiveram como foco o sistema público de saúde¹⁶⁶.

Em Recife, no ano de 2009, foi realizada uma pesquisa sobre o tema¹⁷³, tendo como campo de estudo um hospital público de nível terciário, que atua nas áreas de assistência, ensino e pesquisa, ou seja, num hospital de nível terciário, que faz parte de menos de 5% das necessidades em saúde e compreendem os serviços de média e alta complexidade (sendo exemplos: hemodiálise, medicina nuclear, tomografia, quimioterapia, radioterapia, etc.)¹⁷³.

A pesquisa envolveu 171 médicos que atendiam aos critérios de inclusão foram convidados a participar, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa utilizou-se o conceito de referência de Maslach, Jackson e Leiter¹⁷¹. A síndrome resulta de um processo que envolve a superposição de: (1) alta exaustão emocional (EE): perda ou desgaste dos recursos emocionais com sentimentos de esgotamento e tensão; (2) alta despersonalização (DP): distanciamento emocional contraproducente frente aos pacientes, colegas e organização; (3) baixa realização pessoal no trabalho (RP): tendência à autoavaliação negativa, com declínio no sentimento de competência¹⁷³.

A população, constituída por médicos do quadro funcional, contratados segundo regimento da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, com carga horária que variava entre 20 e 40 horas semanais e atividades desenvolvidas na assistência ambulatorial, hospitalar e urgência-emergência de Pediatria e Tocoginecologia.

A pesquisa constatou, entre outros fatores, que a proporção de 71,5% estava vinculada a três ou mais serviços. Desenvolviam atividades na assistência hospitalar (82,9%), assistência ambulatorial (79,7%), ensino em graduação (55,7%), ensino em pós-graduação (35,4%) e pesquisa (27,2%). Em torno de 72,8% trabalhavam como plantonistas. Quanto ao esgotamento dos médicos, verificou-se que os médicos sentiam todos os dias (18,4%) e algumas vezes na semana (41,1%) que estavam esgotados ao terminar o trabalho. Todos os dias (25,9%), e algumas vezes na semana (21,5%) que trabalhavam demais. Algumas vezes na semana ficavam esgotados pela manhã ao pensar no trabalho (27,2%)¹⁷³.

Outra pesquisa avaliou 350 médicos de Salvador, Bahia, Brasil relevando que o: (...) “excesso de inserções de trabalho, em média duas inserções por médico e sobrecarga de trabalho, especialmente, em regime de plantão”. Comentando a pesquisa que “Esses resultados são semelhantes aos obtidos em outros estudos”¹⁴⁵. Concluindo que “Essa situação apresenta-se inadequada, pois a atividade médica caracteriza-se pela necessidade de tempo para interação entre médico e paciente, acompanhamento e estudo dos mesmos, bem como para atualização científico-tecnológica”¹⁷⁴.

Para uma compreensão desse capítulo, cujos temas envolveram “profissão médica: funções, especialidades e atributos”, não há como deixar de comentar que, embora as situações apresentadas demonstrem as dificuldades do cotidiano do médico brasileiro, os valores médicos devem estar sempre a frente dessas dificuldades.

Pessotti¹⁷⁵ expõe que em pleno final século XX, a própria eficácia clínica agora, exige que se entenda o homem que está doente, não se exaurindo a medicina no

enquadramento de casos concretos e casos clínicos já estabelecidos. Expressa claramente o autor que “[...] É a própria arte médica que depende, agora, de uma volta ao estudo do homem, para além do conhecimento da *niachine huinaine*”. Completa seu raciocínio dizendo que “Aliás, a clínica médica tende a ser, cada vez mais, uma ação do médico sobre o homem integral e menos sobre a máquina orgânica. Mesmo porque essa máquina responderá, fatalmente, às emoções, conflitos e ansiedades que são a marca (até ontológica, segundo o Existencialismo) do homem”¹⁷⁵. Assim, o compromisso do médico está acima de situações econômico-sociais, e tem como primordial os interesses dos pacientes os quais devem sobrepujar aos dos médicos.

O respeito à vida é um princípio absoluto da evolução humana, que acompanha a medicina desde sua existência. Almeida¹⁷⁶ lembra que “Um dos pilares mais antigos e fundamentais da profissão médica é a obrigação de atuar em busca do benefício do paciente, o *bonum facere*. Que o primeiro e primário dever do médico é para com o seu paciente não resta dúvida. O compromisso do médico deve ser sempre com o bem-estar do paciente e seus melhores”¹⁷⁶. Cita ainda Almeida, que Hurwitz e Richardson “afirmam que um dos propósitos do juramento médico é declarar os valores nucleares da profissão e produzir e fortalecer a necessária determinação nos médicos”. (p.283)¹⁷⁶.

Nesse contexto, o médico no seu cotidiano deve encontrar fundamentos que justifiquem a orientação correta a tomar: o ponto de referência dos valores, como comunidade, entendemos serem imprescindíveis (p.10)¹⁷⁷.

Logo, são os valores que são a construção da profissão médica, os quais serão o guia para uma excelência médica. Eles têm papel fundamental na relação médico-paciente. Os demais fatores que envolvem o atendimento médico, sendo por vezes complicadores para o tratamento, não podem ser motivo para uma má prestação na assistência da saúde, talvez um agravante.

Preocupante o relato de Schraiber¹⁷⁸ ao expor no seu trabalho as recentes e constantes críticas sobre a qualidade da assistência médica, expressando que: “A falta de compromisso surge como situação na qual o profissional se crê isento da responsabilidade individual. Isto ocorre, senão frente ao conjunto de repercussões de seu ato, ao menos da parte que entende, ou representa para si próprio, como mais "externa" à sua técnica”¹⁷⁸.

Mas, torna-se importante lembrar a lição de Gomes, citada por Neves¹⁷⁹ de que “Cuidar do ser humano é a missão maior da profissão médica, neste sentido, defende que a Ética Médica vem a ser o tecido conjuntivo da Medicina, ou o plasma germinativo da conduta que oferece o sentido benemerente da ação e preenche os vazios do

conhecimento, além de resguardar o bem maior da vida, acima da própria vontade humana” (p.104)¹⁷⁹.

No século XIX, os médicos sabiam muito bem a importância da medicina regrada no regime dos fatos e na ética dos fatos, com princípios básicos de que qualquer consideração que não possuísse caráter clínico não deveria ser abalizada no processo de tomada de decisão do tratamento. Gracia (p.110)¹⁸⁰, ao comentar o positivismo dessa época, de maneira muito simples, explica que: “A função da ciência médica é, assim, estabelecer o catálogo dos fatos que têm a ver com a saúde e a doença, manipulando-os adequadamente. Um bom médico é aquele que sabe tudo isto, não o que tem bom coração ou mostra ternura perante seu paciente.”.

Segue Gracia pontuando que “[...] atualmente, os valores, ao contrário do que era consenso na prática médica, desempenham um papel de grande relevância na medicina, devem ser relevados, pois a técnica poderá está devidamente correta, mas sem eles não conquistará o “adjetivo de humano”(p.109)¹⁸⁰. O autor ainda esclarece que esse continente, que ele denomina de “terra incógnita de valores”, para ser inserida no cotidiano dos profissionais da saúde deve seguir três níveis: conhecimento, habilidades e atitudes ou caráter (p.110)¹⁸⁰. Esse é um processo de humanização do mundo da saúde e da doença, no qual os valores são essenciais à vida e o seu conhecimento é imprescindível, e que além de boa vontade, os profissionais da saúde necessitam de maturidade psicológica e humana (p.114)¹⁸⁰.

Ao comentar o tópico “atitudes”, Gracia exterioriza que as pessoas que podem assistir os demais são aqueles que têm a “posse de um inconsciente bem limpo, bem arejado”, “sem ter ou transmitir angústia” (p.114)¹⁸⁰. Acrescenta neste ponto que¹⁸⁰:

Entendo que a personalidade madura é a que se sabe débil e falível, que não tem, portanto, exageradas dificuldade em reconhecer seus próprios erros: a que está aberta aos demais e disposta a prender com eles; a que sabe escutar; a que dá razões e compreende os limites de seus próprios raciocínios: a que, enfim, está disposta a aceitar e respeitar aos outros não por pensarem como ela, mas sim por serem outros como ela (p.114)¹⁸⁰.

Isto posto, pertence aos médicos a busca da consciência dos papéis dinâmicos e importantes que a sociedade atual lhes impõem como agentes positivos de mudanças em qualquer conjectura, utilizando dos elementos potenciais que lhes são prerrogativa, valorizando o compromisso para com o bem-estar do seu paciente, aprofundando-se na “terra incógnita de valores”.

PARTE 2 – A PESQUISA DE CAMPO

3.OS CAMINHOS DA PESQUISA *¹

* A presente pesquisa foi submetida para apreciação dos pares e aprovada para publicação, em formato de artigo, na Revista *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, sob o título: “Threats to bioethical principles in medical practice in Brazil: new medical ethics code period” e na Revista *International Archives of Medicine*, sob o título: “*Medical Ethics Code: an analysis from Ethical-Disciplinary cases against Medical Professionals within the specialty of Psychiatry*”2018; 11 (11). doi: 10.3823/2552. Publicação Braz J Med Biol Res vol.51 no.5

Este capítulo destina-se a apresentar o percurso metodológico, o contexto, os sujeitos envolvidos na pesquisa e os instrumentos de coleta dos dados. Complementa-se com a análise dos resultados, a partir da coleta de informações presentes em documentos físicos e virtuais recolhidos nos autos dos processos ético-profissionais do Pleno do Tribunal Superior de Ética Médica, precisamente no setor denominado Coordenação de Processos (COPRO) do CFM, setor que possui a guarda dos processos éticos e no banco de dados do Sistema Integrado de Entidades Médicas (SIEM) do CFM, o qual tem em sua base o registro de todos os médicos ativos e inativos do País, com informações sobre idade, sexo, formatura, local de inscrição, especialidades e entre outros. Os dados do Conselho Federal de Medicina são sigilosos e foram fornecidos para a pesquisadora por meio do “termo de declaração de sigilo”, embora a autora da tese já tenha essa responsabilidade funcional, por atuar na instituição desde 1964. Pesquisas também foram efetuadas por meio de livros físicos e literatura em sítios eletrônicos concernente à parte teórica.

Em todo o caso, e apesar de ser um estudo apenas documental, a pesquisa cumpriu com todas as normas éticas exigíveis na matéria, desde logo as estipuladas na Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

3.1 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1.1 Contextualização do campo investigado

Sobre a visão, missão e valores do CFM, a entidade assim se define:

Visão

Ser reconhecida nacionalmente como uma instituição capaz de atuar com excelência pelo bom exercício ético e técnico no âmbito da prestação de serviços médicos, em atendimento às expectativas da sociedade, além de ser instrumento da valorização e de defesa da dignidade profissional do médico, contribuindo para o debate em questões relacionadas à Saúde e à Medicina.

Missão

Promover o bem-estar da sociedade, disciplinando o exercício da medicina por meio da sua normatização, fiscalização, orientação, formação, valorização profissional e organização, diretamente ou por intermédio dos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), bem como assegurar, defender e promover o exercício legal da medicina, as boas práticas da profissão, o

respeito e a dignidade da categoria, buscando proteger a sociedade de equívocos da assistência decorrentes da precarização do sistema de saúde.

Valores

Atuar com elevado padrão ético; ser leal aos objetivos institucionais; ter comprometimento com a justiça, a responsabilidade e a transparência; agir em obediência à legislação que disciplina a gestão pública, prestar serviços de excelência; buscar o aperfeiçoamento contínuo e com eficiência⁴.

Conselho Federal de Medicina – breve histórico

Seu marco de criação foi o Decreto-Lei n. 7.955/45¹⁸¹, aprovado à época, pelo então, Presidente da República Getúlio Vargas, durante o IV Congresso Sindicalista Médico Brasileiro, o que permitiu a configuração institucional do Conselho de Medicina, preservada até os dias de hoje.

Sua aplicação, entretanto, só teve início em 1951, quando foi constituído, na forma da lei, o Conselho Federal Provisório de Medicina – que promoveu a formação dos primeiros Conselhos Regionais que, por sua vez, em eleição indireta, escolheu os membros do primeiro Conselho Federal de Medicina.

Foi no cerne das entidades médicas enquanto representativas da classe, que surgiu o embrião administrativo dos Conselhos de Medicina, futuros órgãos promotores da ética e guardiões da qualidade da medicina, em nome do estado e a favor da comunidade. O movimento organizado visava criar um organismo com a finalidade de zelar pelos princípios da deontologia médica e da ética profissional.

Enquanto aguardavam a nova lei, o Conselho Federal de Medicina elaborou seu regimento interno e envidou esforços para organizar novos conselhos nos demais estados, conseguindo apenas os Conselhos Regionais de São Paulo, Minas Gerais e Goiás, provavelmente em vista das várias dificuldades apontadas e resistências oferecidas em determinado setor de atividade médica¹⁸².

Em 30 de setembro de 1957, o Presidente da República, também médico, Juscelino Kubitschek sancionou a lei que instituiu o Conselho Federal (CFM) e os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs). O Conselho Federal de Medicina tornou-se autarquia federal, com sede em Brasília, Distrito Federal, ou seja, na capital federal, com jurisdição em todo o território nacional, por força de lei (Lei n. 3268/57)¹⁸¹.

Por meio da Resolução CFM n.1, de 17 de dezembro de 1957¹⁸³, baixada pelo Presidente do órgão, Prof. Agostinho Menezes Monteiro, surgiram as primeiras instruções para as instalações, bem como, o primeiro modelo de requerimento de inscrição do médico nos Conselhos Regionais de Medicina. Nos primeiros anos, em 1957 contou com 14.265 inscritos; em 1958, com 22.804; em 1959 com 29.114; em 1960 com 31.532.

A sede atual do CFM foi inaugurada em 1994, tendo como arquiteto Paulo Zimbres, graduado em Arquitetura e Urbanismo pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo. Esta obra foi objeto do Prêmio de melhor trabalho, na categoria “Edificação acima de 750,00 m² (obra construída)”, do “Salão Brasiliense de Arquitetura, 1997 – Athos Bulcão”, com o Projeto intitulado “Conselho Federal de Medicina”¹⁸⁴.

Figura 2. Representação fotográfica do CFM.



Fonte: Fotos do prédio sede do Conselho Federal de Medicina. Brasília, DF.
Direito de imagem concedido pelo fotógrafo Márcio Arruda.

O mandato dos membros do Conselho Federal de Medicina tem a duração de cinco anos e é meramente honorífico. Várias foram as gestões desde 1957. A atual gestão assumiu em 2015 e exerce seu mandato até o ano de 2019, quando acontecerão novas eleições.

Em 2017, o órgão completou 60 anos e, no evento comemorativo foi lembrada a trajetória da autarquia, bem como celebrada a importância do papel dos que atuaram como presidentes.

Sobre a população médica no Brasil

O Conselho Federal de Medicina do Brasil conta em 2016 com a população médica de 429.353 profissionais (médico por inscrição). Tendo em vista a existência de mais de uma inscrição por profissional médico considerou-se como universo de trabalho, o somatório de inscrições ativas “principais” (429.353) e “secundárias” (36.821), totalizando 466.174 registros. Por gênero, a população médica conta com 241.588 homens (56,27%) e 187.765 mulheres (43,73%), enquanto o número de inscrições distribuiu-se entre 265.425 (61,82%) homens e 200.749 (46,75 %) mulheres.

Atualmente, a maior parte de profissionais registrados encontra-se no estado de São Paulo, 129.326 (27,74%), seguido do estado do Rio de Janeiro, 64.818 (13,9%), e, em seguida, Minas Gerais, 49.455 (10,61%), incluindo inscrições primárias e secundárias.

3.1.2 Amostragem

Sujeitos de Pesquisa

Apoiado em Malhotra (2001)¹⁸⁵ tem-se o conceito de estudo por amostragem. Assim é que¹⁸⁵:

[...] Estudo por amostragem para populações infinitas, ou em contextos de constante mudança, pode ser realizado com a coleta de parte de uma população (amostragem), denominada amostra. Amostra é um subgrupo de uma população, constituído de n unidades de observação e que deve ter as mesmas características da população, selecionadas para participação no estudo [...]¹⁸⁵.

A presente pesquisa possui como amostra de 206 recursos e 19 remessas, o total de 224 recursos de médicos e/ou pacientes submetidos a julgamento ao Pleno do TSEM do CFM, considerando os processos julgados no período de 13 de abril de 2010 a 03 de agosto de 2016. Tais dados foram obtidos no ano de 2016, a partir do banco de dados do CFM e de consulta nos acórdãos proferidos pelo Pleno do TSEM. Três bases foram utilizadas na pesquisa: processos (224); médicos processados (191) e processos/penalidades (146).

A base processos (224) refere-se a todos os processos analisados, independente de terem decisões de penalidades, que também tiveram como resultado: o não conhecimento do recurso; ou o seu acatamento em caso de prescrição; ou sofreram revisão; ou tiveram o julgamento anulado; foram extintos ou foram concedidas interdição total, interdição parcial,

interdição revogada, suspensão total e definitiva. Os quatro últimos são processos de interdição ou suspensão temporária, os quais não se enquadram em punições¹⁸⁶. A base médicos/processados (191) é aquela em que os médicos apareceram em dois ou mais processos, computando-se apenas uma vez os repetidos, para efeito do perfil. Esse dado foi considerado no resultado da pesquisa. E a base processos/penalidades (146), a que os médicos sofreram efetivamente as penalidades previstas no Código de Ética Médica, incluindo-se os profissionais punidos uma ou mais vezes.

Considera-se ainda como registro de dados do Conselho Federal de Medicina, 429.353 profissionais médicos, em 2016. Tendo em vista que os profissionais podem ter mais de um registro (a legislação exige que os médicos estejam registrados em cada estado federal no qual atuam), a população geral para este estudo foi a soma de ativos registros primários (429.353) e secundários (36.821), totalizando 466.174 inscrições. A população médica consistiu de 241.588 homens (56,27%) e 187.765 mulheres (43,73%), enquanto o número de inscrições foi distribuído entre 265.425 homens (61,82%) e 200.749 mulheres (46,75%), computando registros primários e secundários.

3.1.3 Coleta de dados: procedimentos e instrumentos

A primeira etapa da investigação diz respeito ao levantamento histórico documental das esferas federal e estadual e estrangeira. Foi consultado amplo acervo bibliográfico, especialmente a literatura relacionada aos temas: medicina, bioética e legislações afins.

Em um segundo momento, desenvolveu-se pesquisa de natureza descritiva, com base no levantamento de dados técnicos consubstanciados no acervo do Conselho Federal de Medicina, tanto da base de dados extraídos nos autos dos processos ético-profissionais do Pleno do Tribunal Superior de Ética Médica, precisamente no setor denominado Coordenação de Processos (COPRO), que possui a guarda dos processos ético-profissionais, quanto no banco de dados do Sistema Integrado de Entidades Médicas (SIEM), o qual tem em sua base o registro de todos os médicos ativos e inativos do País, com informações sobre idade, sexo, formatura, local de inscrição, especialidades e entre outros.

De acordo com Gil (2008)¹⁸⁷,

[...] as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência. Por exemplo, quais as características de um determinado grupo em relação a sexo, faixa etária, renda familiar, nível de escolaridade etc.[...] Uma das técnicas de obtenção dos dados refere-se ao levantamento de registros técnico- documentais¹⁸⁷.

Já para Triviños (1987, p. 110)¹⁸⁸, o estudo descritivo pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade”, de modo que o estudo descritivo é utilizado quando a intenção do pesquisador é conhecer determinada comunidade, suas características, valores e problemas relacionados à cultura.

A pesquisa contou ainda com um subgrupo, extraído da amostra principal, ao colher amostra das infrações cometidas por médicos atuantes na área da Psiquiatria, no período de 2010 a 2016, a partir do âmbito dos recursos dos processos ético-disciplinares julgados no Tribunal Pleno do Conselho Federal de Medicina, tendo como base o Código de Ética Médica, elencando alguns elementos que permitam delinear o perfil profissional dos envolvidos.

Vale mencionar que não foram utilizados os julgamentos das Câmaras do Tribunal Superior de Ética Médica (TSEM) do CFM, somente os recursos ao Pleno que interpostos em face às decisões proferidas nos processos ético-profissionais, por maioria, pelas câmaras do CFM, ou das decisões de cassação do exercício profissional proferidas pelos Conselhos Regionais. A competência do TSEM está disciplinada em resoluções do CFM e na sua lei de criação.

3.2 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados por meio dos pacotes estatísticos *Excel* e *SPSS* (versão 21). Para tanto, foram utilizadas estatísticas descritivas, tais como: média, desvio padrão e contagem de frequência.

Os resultados apresentados neste estudo foram obtidos por meio de frequências e obedecem à seguinte ordem por: faixa etária por gênero; unidade federativa (estado); atos infringidos da especialidade; artigos mais infringidos, penalidades e atos mais violados conforme artigos do Código de Ética Médica, 2009. A Tabela 1 demonstra a distribuição dos médicos, considerando o gênero e a faixa etária.

Tabela 1. Grupos etários de médicos envolvidos em processos, de acordo com o gênero (n =191 médicos)

Faixas etárias*	Homens		Mulheres		Total	
25 a 35 anos	1	0.6	1	4.5	2	1
36 a 45 anos	18	10.7	6	27.3	24	12.6
46 a 55 anos	38	22.5	4	18.2	42	2
56 a 65 anos	52	30.8	10	45.5	62	32.5
66 a 75 anos	47	27.8	1	4.5	48	25.1
76 ou mais	13	7.7	–	–	13	6.8
Total	169	88.4	22	11.5	191	

Fonte: Tabela elaborada pela pesquisadora com base nos dados do Conselho Federal de Medicina, 2010-2016. *Data referência: Data nascimento/ data do julgamento.

A Tabela 1 demonstra que a maioria dos casos encontra-se na faixa etária de 56 a 65 anos na data do julgamento. Ademais, se for levada em consideração uma proporção da quantidade total de registros de médicos inscritos, por gênero, no período pesquisado, pelos médicos citados nos recursos ao TSEM, há uma proporção de 0,067% de homens e 0,011% de mulheres processadas. Também se buscou conhecer a distribuição dos processos, por regiões e Unidades Federativas do Brasil.

No que diz respeito à distribuição por Estados, observa-se que a maioria dos profissionais citados nos processos corresponde a região Sudeste (50,89%), seguido por Centro-Oeste (20,09%), Sul (11,16%), Nordeste (9,82%) e Norte (8,03%). Os estados respectivamente: São Paulo (28,1%), Rio de Janeiro (12%), Minas Gerais (9,4%), Goiás (7,1%), Paraná, Pernambuco, Santa Catarina e Mato Grosso (4,4%). Ademais, relacionando a quantidade total de registros de médicos inscritos por região, e os processos por penalidade, tem-se, ainda, uma proporção de 0,05% para homens, correspondente à região Sudeste, sendo que para mulheres esta proporção foi de 0,01%, conforme explicitado na Tabela 2.

Tabela 2. Número e percentual de processos médicos, por região brasileira e estado (n = 224 casos).

Região/Estado	Homens		Mulheres		Total	
Centro-Oeste	42	93.3	3	6.66	45	20.08
Distrito Federal	7	3.5	–	–	7	3.1
Goiás	15	7.5	1	4.3	16	7.1
Mato Grosso	11	5.5	1	4.3	12	5.4
Mato Grosso do Sul	9	4.5	1	4.3	10	4.5
Nordeste	19	86.36	3	13.63	22	9.82
Bahia	4	2.0	1	4.3	5	2.2
Ceará	4	2.0	–	–	4	1.8
Pernambuco	8	4.0	2	8.67	10	4.5
Rio Grande do Norte	3	1.5	–	–	3	1.3
Norte	17	94.44	1	5.55	18	8.03
Acre	1	0.5	–	–	1	0.4
Amapá	1	0.5	–	–	1	0.4
Amazonas	5	2.5	1	4.3	6	2.7
Pará	5	2.5	–	–	5	2.2
Rondônia	2	0.9	–	–	2	0.9
Tocantins	3	1.5	–	–	3	1.3
Sudeste	100	87.71	14	12.28	114	50.89
Espírito Santo	2	1.0	1	4.3	3	1.3
Minas Gerais	19	9.5	2	8.7	21	9.4
Rio de Janeiro	24	11.9	3	13.0	27	12.1
São Paulo	55	27.4	8	34.8	63	28.1
Sul	23	92.0	2	8.0	25	11.16
Paraná	9	4.5	1	4.3	10	4.5
Rio Grande do Sul	5	2.5	–	–	5	2.2
Santa Catarina	9	4.5	1	4.3	10	4.5
Total	201	89.73	23	10.26	224	100

Fonte: Tabela elaborada pela pesquisadora com base nos dados do Conselho Federal de Medicina, 2010-2016.

As especialidades que mais possuem registros de penalidades encontram-se na Tabela 3. Deve-se notar que os dados incluem três casos de interdição preventiva, mas não são considerados penalidades. A Ginecologia (19,1%), a Clínica Médica (13,0%) e a Cirurgia Plástica (12,3%) estão entre as especialidades mais punidas; e as com menor índice estão: a Cirurgia Geral e Cirurgia Cabeça e Pescoço, as duas com apenas (0,7%).

Tabela 3. Atos infringidos, segundo especialidades ou área de atuação médica (n = 146 processos/penalidades)

Especialidades	Homem		Mulher		Total	
	Processos	%	Processos	%	Processos	%
Ginecologia e Obstetrícia	27	20.1	1	8.3	28	19.1
Clínica Médica	17	12.7	2	16.7	19	13.0
Cirurgia Plástica	15	11.2	3	25.0	18	12.3
Administração em saúde	15	11.2	1	8.3	16	11.0
Endocrinologia e Metabologia	10	7.5	3	25.0	13	8.9
Psiquiatria	6	4.5	–	–	6	4.1
Oftalmologia	6	4.5	–	–	6	4.1
Medicina Legal e Perícia Médica	6	4.5	–	–	6	4.1
Cardiologia	5	3.7	1	8.3	6	4.1
Pediatria	3	2.2	1	8.3	4	2.7
Urologia	3	2.2	–	–	3	2.1
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	2	1.5	1	8.3	3	2.1
Geriatria e Gerontologia	3	2.2	–	–	3	2.1
Anestesiologia	3	2.2	–	–	3	2.1
Reumatologia	2	1.5	–	–	2	1.4
Ortopedia e Traumatologia	2	1.5	–	–	2	1.4
Cirurgia Vascular	2	1.5	–	–	2	1.4
Cirurgia do Aparelho Digestivo	2	1.5	–	–	2	1.4
Hematologia e Hemoterapia		1.5	–	–	2	1.4
Cirurgia Geral	1	0.7	–	–	1	0.7
Cirurgia Cabeça e Pescoço	1	0.7	–	–	1	0.7
Cancerologia	1	0.7	–	–	1	0.7
Total	134	100	12	100	146	100

Fonte: Tabela elaborada pela pesquisadora com base nos dados do Conselho Federal de Medicina, 2010-2016.* Os dados são relatados como número (%).

Outro aspecto verificado foram os artigos infringidos (Tabela 4). Entre eles, destacam-se os artigos 18, 1º, 30, 14 e 40, nos processos analisados. A infração ao artigo 18 corresponde ao fato de *Desobedecer aos acórdãos e às resoluções do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Medicina ou desrespeitá-los*.

O segundo e o terceiro artigos mais infringidos relacionam-se respectivamente a *Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência* e a *Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime*. A categoria *Outros* corresponde aos artigos com frequência menor que dez.

A Tabela do Quadro Comparativo de correspondência dos artigos do CEM de 1988, com os do Código de Ética Médica de 2009 foi utilizada nos julgamentos considerados neste trabalho.

Tabela 4. Artigos infringidos do Código de Ética Médica, de 2009 (n = 146 processos/penalidades)

Artigo	Total	Cassação	Censura Pública	Suspensão por 30 dias	Censura Confidencial	Censura Pública
18	38 (8.19%)	22 (6.83%)	8 (11.76%)	1 (2.56%)	7 (23.33%)	0 (%)
1	34 (7.33%)	20 (6.21%)	7 (10.29%)	6 (15.38%)	1 (3.33%)	0 (%)
14	27 (5.82%)	25 (7.76%)	1 (1.47%)	1 (2.56%)	0 (0.0%)	0 (%)
30	26 (5.60%)	22 (6.83%)	2 (2.94%)	2 (5.13%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
40	18 (3.88%)	15 (4.66%)	2 (2.94%)	0 (0.0%)	1 (3.33%)	0 (0.0%)
32	17 (3.66%)	9 (2.80%)	5 (7.35%)	3 (7.69%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
38	17 (3.66%)	16 (4.97%)	1 (1.47%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
112	16 (3.45%)	12 (3.73%)	3 (4.41%)	1 (2.56%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
111	15 (3.23%)	10 (3.11%)	2 (2.94%)	1 (2.56%)	2 (6.67%)	0 (0.0%)
51	14 (3.02%)	4 (1.24%)	5 (7.35%)	0 (0.0%)	5 (16.67%)	0 (0.0%)
68	14 (3.02%)	9 (2.80%)	2 (2.94%)	3 (7.69%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
17	12 (2.59%)	9 (2.80%)	1 (1.47%)	0 (0.0%)	2 (6.67%)	0 (0.0%)
21	11 (2.37%)	9 (2.80%)	1 (1.47%)	1 (2.56%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
15	10 (2.16%)	9 (2.80%)	0 (0.0%)	1 (2.56%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
31	10 (2.16%)	9 (2.80%)	0 (0.0%)	1 (2.56%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
102	10 (2.16%)	8 (2.48%)	0 (0.0%)	1 (2.56%)	1 (3.33%)	0 (0.0%)
Outros*	175 (37.32%)	114 (35.40%)	28 (41.18%)	17 (43.59%)	11 (36.67%)	5 (100.0%)

Fonte: Tabela elaborada pela pesquisadora com base nos dados do Conselho Federal de Medicina, 2010-2016. Os dados são relatados como número (%).

No que se refere às decisões com penalidades tomadas pelo Pleno do TSEM do Conselho Federal de Medicina, verifica-se na Tabela 5, que a deliberação com maior frequência nos recursos foi a de *cassação (37,6%)*, *absolvição (15,7%)*, *censura pública em publicação oficial (11,7%)*, *seguida da suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias (7,6%)* e *censura confidencial (5,3%)*. As decisões de recurso que não julgaram o mérito têm número expressivo (21,42%), como o *julgamento anulado, acatado, extinção e revisão e outras*. As decisões de *revisão, interdição parcial, total e revogada* evidenciam frequências baixas (1,78%).

Tabela 5. Decisões proferidas pelo Conselho Federal de Medicina, segundo gênero (n = 224 processos/penalidades)

Decisões	Homens		Mulheres		Total	
	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem
Cassação	78	38.8	5	21.7	83	37.1
Absolvição	26	12.9	7	30.4	33	14.7
Censura Pública	23	11.4	2	8.7	25	11.2
Suspensão por 30 dias	15	7.5	2	8.7	17	7.6
Não conhecido	19	9.5	1	4.3	20	8.9
Acatado	8	4.0	–	–	8	3.6
Revisão	3	1.5	–	–	3	1.3
Julgamento anulado	3	1.5	1	4.3	4	1.8
Censura Confidencial	10	5.0	2	8.7	12	5.4
Censura Aviso Reservado	4	2.0	1	4.3	5	2.2
Extinto	7	3.5	2	8.7	9	4.0
Interdição Total	2	1.0	–	–	2	0.9
Interdição Parcial	1	0.5	–	–	1	0.4
Interdição Revogada	1	0.5	–	–	1	0.4
Suspensão Total	1	0.5	–	–	1	0.4
Total	201	100	23	100	224	100

Os dados da Tabela 6 demonstram que o ato mais punido envolve a *imperícia*, *imprudência*, *negligência* (18,49%), seguido da *publicidade médica* (10,27%) e do *desrespeito ao pudor do paciente* (10,27%).

Tabela 6. Atos infringidos, segundo processos com índices mais elevados de punição (n = 146 processos/atos punidos)

Atos	Frequência	Porcentagem
Imperícia / imprudência / negligência	27	18.49
Publicidade	19	13.01
Desrespeito ao pudor do paciente	15	10.27
Abortamento e cometimento de crime	9	6.16
Concorrência desleal	9	6.16
Desrespeito ao pudor do paciente e cometimento de crime	9	6.16
Tratamento não reconhecido	9	6.16
Atestação falsa	6	4.10
Exploração de trabalho médico	6	4.10
Atestação falsa e cometimento de crime	3	2.05
Atestação de óbito irregular	2	1.36
Cobrança de honorários indevida	2	1.36
Cometimento de crime	2	1.36
Exagero no diagnóstico ou prognóstico	2	1.36
Interação farmácia e medicina	2	1.36
Publicidade e interação farmácia e medicina	2	1.36
Outros	23	15.75
Total	146	100

Fonte: Tabela elaborada pela pesquisadora com base nos dados do Conselho Federal de Medicina, 2010-2016.

Apresentados acima os dados da pesquisa de campo, contextualiza-se o campo investigado na construção do perfil do médico envolvido em processos ético-disciplinares no TSEM do CFM, no período de 2010 a 2016, utilizando-se três bases: processos (224); médicos processados (191) e processos/penalidades (146) e suas variáveis, o que nos permite a apresentação da discussão no capítulo que segue.

**4. EM RELAÇÃO AOS MÉDICOS PSIQUIATRAS: ACHADOS E ANÁLISE
DOS DADOS**

Elegeu-se a área da psiquiatria especificamente nesta investigação, motivado na percepção de que são os profissionais que lidam com os pacientes mais vulneráveis, sem preferir outra área de atuação/especialidade.

4.1 Amostra

A amostra foi composta de sete processos ético-profissionais julgados pelo pleno do TSEM, nos quais ou o profissional era especialista em Psiquiatria ou atuava nesta especialidade no ato alvo do cometimento (ou consumação) da infração ética.

4.2 Procedimento

Trata-se de um subgrupo extraído da amostra principal, representando a coleta de amostras das infrações cometidas por médicos atuantes na área da Psiquiatria. A pesquisa de levantamento foi realizada com base nos dados dos processos ético-profissionais extraídos do CFM nessa área de atuação/especialidade, o que permitiu elencar alguns elementos para o delineamento do perfil profissional dos envolvidos.

A base de dados compreendeu: 7(sete) Processos /Penalidades.

4.3 Resultados

Os resultados foram apresentados por meio de frequências e obedecem à seguinte ordem por: relação entre a quantidade de tempo desde que o médico fez a graduação, casos e penalidades; relação entre a idade média dos médicos, casos e penalidades; porcentagem dos artigos infringidos pelos médicos e porcentagem das penas impostas aos médicos, compreendendo o período de 2010 e 2016.

Os médicos psiquiatras com recursos ao pleno do TSEM tinham uma idade média de 49,8 anos ($DP = 10,25$) na época do ato, todos do sexo masculino. Em média tinham 24,5 anos de formados ($DP = 9,97$) à época do fato, 29,71 ($DP = 9,82$) na abertura do processo e 31,28 ($DP = 9,81$) na data do julgamento, em que a média de anos entre a ocorrência do ato e o início do processo foi de 5,14 ($DP = 2,34$), conforme Tabela 7.

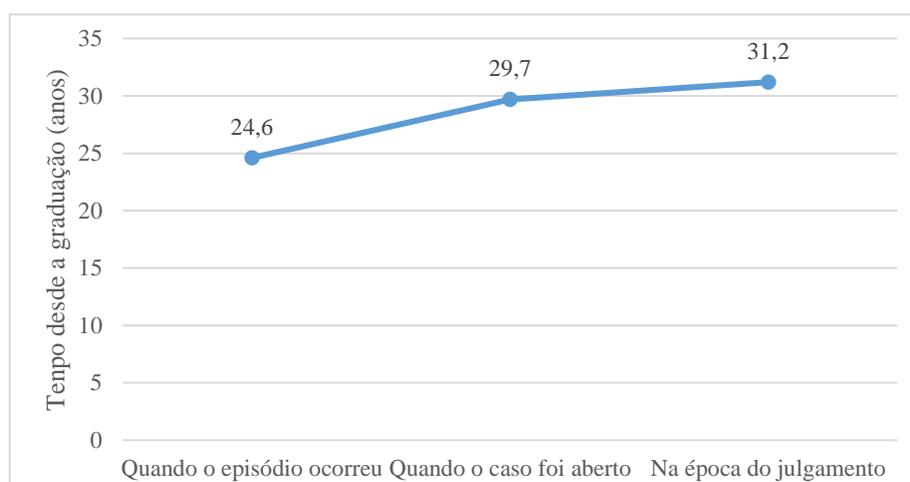
Tabela 7. Relação entre o período de tempo desde que o médico se formou e os casos e penalidades ($n = 7$).

Formados	Anos	Período médio desde a formatura
Quando ocorreu o episódio	03 - 25(2) - 28(2) - 29 - 34	24.6
Quando o caso foi aberto	08 - 30 - 31 - 33 - 35(2) - 36	29.7
No momento da decisão	10 - 30 - 32 - 36(2) - 37 - 38	31.2

Fonte: Tabela elaborada pela pesquisadora com base nos dados do Conselho Federal de Medicina, 2010-2016.

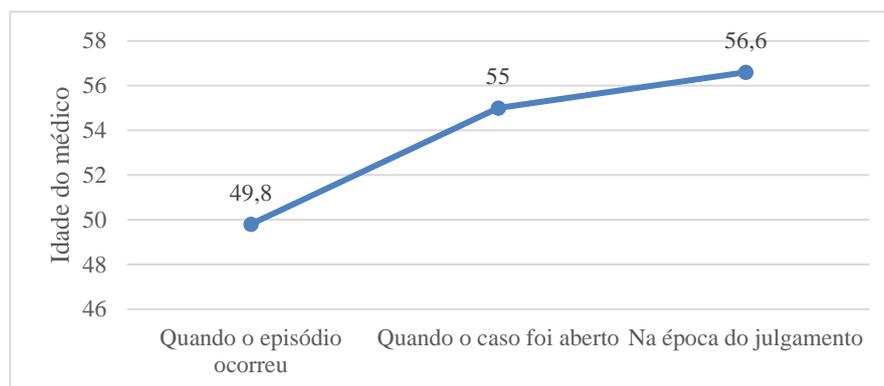
No que diz respeito ao tempo de julgamento, levou em média 1,7 anos ($DP = 0,81$), considerando a data de início do processo, para que o pleno do TSEM emitisse uma decisão sobre os processos.

Gráfico 1. Relação entre a quantidade de tempo desde que o médico fez a graduação, casos e penalidades



Fonte: Gráfico elaborado pela pesquisadora com base nos dados do Conselho Federal de Medicina, 2010-2016.

A média da idade do médico julgado é de 56,57 ($DP = 10,50$), sendo de 55 ($DP = 10,25$), na data da prática do ato e de 49,85 ($DP = 9,85$), na data da abertura do processo, conforme Figura 4.

Gráfico 2. Relação entre a idade média dos médicos, casos e penalidades

Fonte: Gráfico elaborado pela pesquisadora com base nos dados do Conselho Federal de Medicina, 2010-2016.

Dos sete processos analisados, apenas em três deles, os médicos tinham especialização em Psiquiatria, quatro deles concluíram especializações após o ato da infração e um deles especializou-se em outra área.

Ademais, foram observados também os artigos do (CEM) infringidos, sendo possível existir em um mesmo processo mais de uma infração. Os resultados estão dispostos na Tabela 8.

Tabela 8. Quantificação de artigos do código de ética médica que foram violados, entre 2010 e 2016

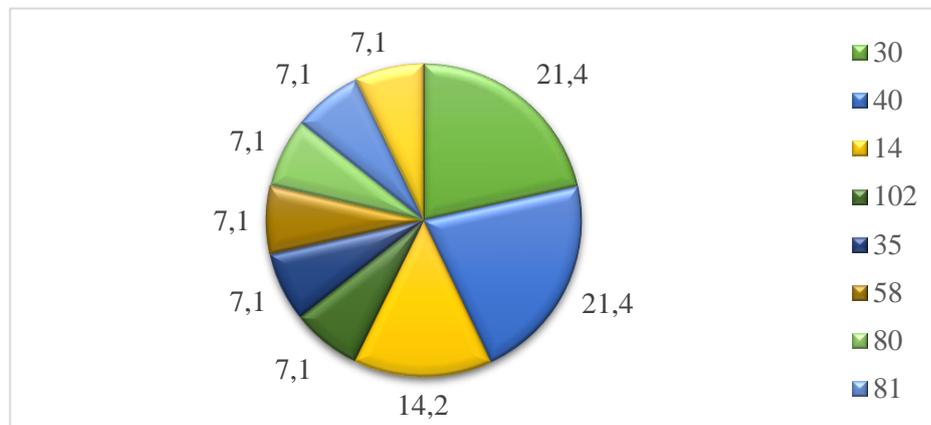
Número do artigo	Total	
	N	%
30	3	21.4
40	3	21.4
14	2	14.2
102	1	7.1
35	1	7.1
58	1	7.1
80	1	7.1
81	1	7.1
77	1	7.1

Fonte: Tabela elaborada pela pesquisadora com base nos dados do Conselho Federal de Medicina, 2010-2016.

De acordo com a Tabela 8, os artigos mais infringidos foram o de n. 30 e o de n. 40, que dizem respeito, respectivamente, a “*Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime*” e “*Aproveitar-se de situações decorrentes da relação*”

médico paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza”.

Gráfico 3. Porcentagem dos artigos infringidos pelos médicos no período de 2010 e 2016



Fonte: Gráfico elaborado pela pesquisadora com base nos dados do Conselho Federal de Medicina, 2010-2016.

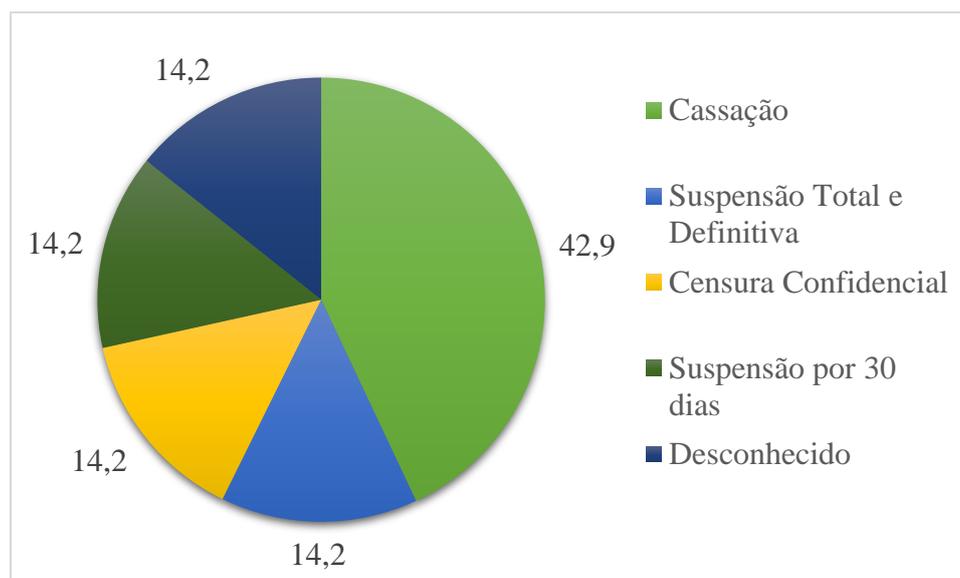
Posteriormente, foram verificadas as frequências das punições dadas pelo Pleno do TSEM em relação aos processos julgados. Os resultados são sumarizados na Tabela 9.

Tabela 9. Lista de punições nos sete casos

Penalidade	Percentual	
	N	%
Cassação	3	42,9
Suspensão total e definitiva	1	14,2
Censura Confidencial	1	14,2
Suspensão por 30 dias	1	14,2
Desconhecida	1	14,2

Fonte: Tabela elaborada pela pesquisadora com base nos dados do Conselho Federal de Medicina, 2010-2016.

Assim, conforme a Tabela 9, a cassação do exercício profissional atinge o percentual de 42,9%, sendo a segunda de 14,28 %, resultado de interdições cautelares, que não se confundem com penalidades, mas são medidas que suspendem a prática médica, até julgamento final do processo, ante a plausibilidade do direito invocado, visando garantir a eficácia do processo principal e, ao mesmo tempo evitando a lesão temida aos pacientes e o risco do esvaziamento do resultado do processo (CPEP).

Gráfico 4. Porcentagem das penas impostas aos médicos no período de 2010 e 2016

Fonte: Gráfico elaborado pela pesquisadora com base nos dados do Conselho Federal de Medicina, 2010-2016.

Ressalta-se que não foram encontradas pesquisas anteriores que tratassem especificamente das violações dos preceitos éticos por especialistas em Psiquiatria ou que estivessem atuando nesta especialidade. O que se encontra na literatura são levantamentos relacionados aos CRMS específicos, levando em conta todas as especialidades. Estudo interessante é a pesquisa de Scheffer¹⁸⁹ que ao contemplar o censo brasileiro de médicos especialistas estabelece comparações internacionais e enfatiza as desigualdades na distribuição de médicos no país. O estudo registra que “[...] o aumento consistente do número de médicos no Brasil é permeado por profundas desigualdades em três dimensões: a) distribuição geográfica; b) inserção nos setores público e privado da saúde; c) especialização profissional. Ademais, tomando como referência o estado de São Paulo que abriga a maior população médica do Brasil¹⁹⁰, o número de médicos envolvidos em processos éticos tem crescido nos últimos anos, onde em dez anos (2001 a 2011) cresceu de 1.022 para 3.089, representando um aumento de 302%.

As causas da elevação dessas demandas éticas são diversas, tais como: a maior conscientização da população acerca de seus direitos, a precarização das condições de trabalho, principalmente no setor público, a influência da mídia, a deterioração na qualidade da relação médico-paciente^{5,145} e a formação deficiente dos médicos durante a graduação e pós-graduação⁵. No entanto, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo

aponta que, além da deterioração do ensino médico, a evolução do quantitativo está ligada ao próprio aumento quantitativo de médicos¹⁹¹.

4.4 Discussão Parcial

Assim, esta investigação demonstra que o perfil do médico envolvido em processos julgados pelo pleno do TSEM é bastante semelhante àqueles encontrados em outras pesquisas que buscam investigar o médico envolvido em processos ético-disciplinares, independentemente da especialidade¹⁹². Além disso, percebe-se também que este perfil também é semelhante a outros levantamentos que consideram toda a população médica, independentemente de responder processos ético-disciplinares^{5,192}.

Os profissionais, todos do sexo masculino, apresentam mais de 20 anos de formados. A posição de destaque do ponto de vista socioeconômico que muitos profissionais atingiram já neste momento de suas carreiras realimenta o “pensamento mágico” de onipotência. Outra possibilidade pode ser a recompensa financeira que o médico passa a ter após seu ingresso no mercado de trabalho, sentindo a necessidade de aumentar, com o passar do tempo, o número de fontes de renda (plantões, empregos, atividades sub-remuneradas)¹⁹³.

Cabe ressaltar também o papel da formação dos médicos envolvidos nos processos, visto que, dos casos analisados, um pouco mais da metade dos profissionais não era portador do título de especialista em psiquiatria ao longo de todo o processo, apesar do processo ter sido enquadrado na especialidade. Em relação a aqueles que apresentaram título de especialista apenas um deles já era especialista antes do ato alvo do processo, enquanto os outros dois médicos obtiveram o título de especialista depois da abertura do processo. Coerente com estes resultados observa-se que a busca por aperfeiçoamento técnico pode servir como fator protetivo contra erros que ocasionem danos aos pacientes e, conseqüentemente, em processos éticos, uma vez que eleva o grau de confiança nos serviços prestados, tornando a relação entre médico e paciente mais estreita¹⁹².

Este aspecto da formação também se reflete nos artigos infringidos nos processos. Mesmo que estes não se relacionem especificamente ao erro médico tradicional, onde há dano ao paciente por procedimento técnico inadequado, isto pode refletir uma falha na formação do profissional. Os princípios da bioética devem ser utilizados no exame e compreensão de situações de conflito presentes cotidianamente no atendimento ao

paciente, e quando violados pelos médicos podem trazer graves prejuízos ao paciente. O Pleno do TSEM acena que não se admite que o profissional da medicina desrespeite os Direitos Humanos, corrompendo costumes, cometendo ou favorecendo crime. De igual maneira, ressalta a importância da relação do médico com pacientes e familiares, punindo àquele que, nessa relação, obtenha vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza². Tais atos fragilizam, sobretudo, dois princípios bioéticos, a saber: o da beneficência, “pois o profissional se compromete em avaliar os riscos e os benefícios potenciais (individuais e coletivos) e a buscar o máximo de benefícios, reduzindo ao mínimo os danos e riscos”¹⁹⁴; e o da não maleficência, que é o que “determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente”¹⁹⁵.

Parece óbvio que a violação aos princípios bioéticos deixa consequências para a população atendida¹⁹⁶. No caso da psiquiatria, a relação médico-paciente é peculiar, pois mesmo que esta obedeça a um princípio geral de zelar pela saúde e a dignidade dos pacientes, seu objetivo final é colaborar para que o paciente retome o caminho do crescimento e da maturidade emocional. E a plena interação social. No cumprimento desta tarefa, deve haver um importante esforço do médico no sentido de ajudar o paciente a compreender melhor a origem e o significado dos seus sintomas¹⁹⁷.

Dessa forma, a violação dos preceitos éticos é passível de várias punições. Elas influenciam até os julgamentos cíveis e criminais, mesmo em face da independência das instâncias, pois o princípio da independência das instâncias não é absoluto, admitindo a interferência de outras esferas. Nesse contexto, os médicos têm o dever de conhecer e respeitar os preceitos éticos, sob pena de sofrer severas punições dos Conselhos de Medicina que detêm autonomia para exercitar o poder de polícia administrativa sobre a conduta do profissional a ela submetida¹⁹³.

Outro ponto diz respeito à quantidade reduzida de processos analisados. Apesar disto refletir de que a Psiquiatria não é uma das áreas de atuação que conta com maior número de processos éticos, tal como observado por outros autores^{190,192}, faz-se necessário observar um recorte temporal maior, até mesmo para que estes dados possam servir como critérios de comparação entre as vigências no novo CEM/2009⁴ e o CEM/88.¹ Esta limitação não reduz a relevância desta pesquisa, que pode servir para direcionar órgãos médicos, tal como a ABP e o CFM para atos interventivos que busquem reduzir atos que violem os preceitos éticos do Código de Ética Médica.

Contribuições para o campo dos profissionais da Psiquiatria

Como contribuição ao campo dos profissionais da Psiquiatria tem-se a destacar que a presente pesquisa objetivou aprofundar o conhecimento sobre a atuação judicante dos Conselhos de Medicina, em especial, sobre os processos ético-profissionais que envolveram médicos nos estados da federação e sua revisão pelo Tribunal Pleno do Conselho Federal. Ademais, evidencia-se a constatação do tipo de infrações e penalidades éticas a que os profissionais atuantes na área da Psiquiatria estão sujeitos, demonstrando assim que diante do ato infracional, o Colegiado Médico, seus pares, punem com mais severidade.

Partindo do objetivo da presente pesquisa que foi o de traçar um perfil do médico que infringiu os princípios éticos previstos no Código de Ética da profissão, no período de 2010 a 2016, são apresentados neste tópico pontos de reflexão e de discussão, tendo em vista os resultados obtidos na investigação.

Os resultados demonstram que a maioria dos recursos do Pleno do TSEM envolvem profissionais do sexo masculino, sendo a maior parte da faixa etária de 56 a 65 anos, conforme demonstrado anteriormente, no gráfico 1.

Por outro lado, a faixa de 25 a 35 anos, ou seja, a dos recém-formados, tem um percentual baixíssimo de 0,6 (%). Esse achado constata que as ocorrências éticas com os profissionais nos primeiros anos de exercício, seja nas instituições públicas ou privadas, são praticamente inexpressivas. Isso talvez se deva ao fato de que, durante este período, o profissional esteja mais atento com o conhecimento teórico e mais atualizado e, não raro, sob a supervisão e o acompanhamento de médicos mais experientes.

Mas no Brasil, a tendência é de que essa taxa de novas inscrições aumente ainda mais nos próximos anos, pois com a expansão de cursos e vagas de medicina, anualmente entram muito mais médicos no mercado de trabalho do que saem⁶.

Entretanto, é necessário observar que há um maior número de inscrições do sexo masculino, mesmo se relevando o número de inscrições no período do ato do suposto delito, conforme anteriormente apresentado no gráfico 2. Porém, esta tendência tem sofrido modificações, visto que há expressivo aumento de inscrições ativas femininas em 2016, conforme gráfico 3. Detecta-se, portanto, um número cada vez maior de mulheres se formando, de homens, indicando uma “feminização” da profissão, enfoque para um aprofundamento em pesquisas futuras considerando-se que às características do seu exercício profissional, escolhas dos locais de trabalho e a preferência de especialização em determinadas áreas básicas devem apontar alguns diferenciais do apurado na presente pesquisa.

Observa-se que a pesquisa “Demografia Médica de 2015”⁵ reitera uma crescente tendência de feminização da medicina no Brasil (42,5%), mas que o percentual de homens ainda maior, especialmente no grupo com 50 a 54 anos (de 55,6%) e chegando a 77,6% entre os médicos com idade entre 65 e 69 anos. Logo, mesmo que o marco da presente pesquisa tome como referência a faixa etária dos médicos à época do julgamento, concluindo que o maior percentual de homens que se envolveram em processos éticos encontra-se entre 56 a 65 (30.8%), pode-se constatar que esse perfil é bastante compreensível, visto que é a faixa etária prevalecente de médicos atuantes no país.

O Conselho Federal de Medicina registrou que médicos com faixa etária entre 50 e 59 anos de idade, apenas 18,1% são mulheres, mas em se tratando de profissionais com até 27 anos de idade, essa porcentagem aumenta para 40,2%¹⁴⁵. Em 2011¹⁸⁹, nova pesquisa registra uma mudança significativa da população feminina, qual seja, a faixa etária de 45 a 49 atingindo o percentual de 44,22 (%) e a de 50 a 54, de 41,41 (%). Por sua vez, a mais recente, de 2015⁵ pontua que no cenário atual, as mulheres são maioria, entre os médicos com 29 anos ou menos (56,2%); dado que corrobora o baixo percentual de mulheres processadas pelo TSEM, o que no futuro, poder-se-á ter uma composição diferenciada de processos por parte das mulheres médicas, nessa faixa etária.

Observa-se que a maior concentração de médicos envolvidos em processos ético-profissionais são da Região Sudeste. A região Sudeste do Brasil é a segunda menor região do país, sendo maior apenas que a região Sul, é a mais desenvolvida, responsável por 55,2%, do PIB brasileiro. Ela é composta por quatro estados: Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo¹⁹⁸.

Registre-se que o Sudeste conta com a maior razão médico-habitante (2,70 médicos por 1.000 moradores). Nessa região estão 55,3% dos médicos e 42% da população do país⁵. Os profissionais médicos preferem os grandes centros urbanos, em decorrência de melhores condições de trabalho, de vida, de emprego, de qualificação e especialização e outros que caracterizem melhorias pela satisfação profissional induz as escolhas dos médicos, ponto abordado no terceiro capítulo⁵. Mas, isso também é um fator que induz o aumento da jornada de trabalho – a tradicional do trabalhador brasileiro é de 40 horas – para 80 horas ou mais por semana⁵. A região Sudeste nesse ponto está acima da média nacional com 17,5%.⁵ Outra constatação interessante é que os médicos das regiões Sudeste, como do Nordeste são os que mais se deslocam para outras cidades em suas rotinas de trabalho, atendendo em dois ou mais municípios.⁵

Por sua vez, a região Centro-Oeste¹⁹⁹, segunda região com mais envolvidos em processos éticos no Tribunal pleno do CFM, é formada por três estados: Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, mais o Distrito Federal, onde se localiza Brasília, a capital do país e a cidade mais populosa da região. Segunda maior região do Brasil em superfície territorial, superada apenas pela Região Norte. Mas, por outro lado, é a região menos populosa brasileira. A região Centro-Oeste contou em 2011 com 1,97 médicos por 1.000 habitantes. Com 14,6% de registros secundários em relação ao total de registros de médicos, junto com Norte (12,8%) e Nordeste (10,4%), tem o maior número de inscrições secundárias, o que sujeitas à mobilidade regional e interestadual de médicos¹⁸⁹. Conta

com menor número de municípios e com maior distância entre eles, sendo uma das regiões com maior porcentagem de médicos que trabalham exclusivamente na cidade onde moram.

Tais considerações podem ser apontadas como uma das explicações para o elevado índice de processos éticos, entre outras variantes.

Os estados de São Paulo e do Rio de Janeiro são os que têm maior número de recursos submetidos a julgamento no Pleno. Além do número de inscrições também serem os maiores do país, é possível que estes estados apresentem um número maior processos devido ao maior rigor de seus Conselhos Regionais ou até maior acesso à justiça, que pode gerar aumento do números de denúncias, não resultando necessariamente em punições²⁰⁰; entretanto, os dados aqui levantados não são suficientes para precisar esta hipótese. Além disso, tais estados ocupam o terceiro e o segundo lugar, respectivamente, em relação à proporção de médicos por habitante (São Paulo com razão de 2,7 e Rio de Janeiro, com razão de 3,75 médicos por 1.000 habitantes), ficando atrás, apenas, do Distrito Federal, com 4,28 médicos por 1.000 habitantes o que torna natural que o número de processos supere o dos demais estados, como explicitado nos gráficos 4 e 5, anteriormente apresentados.

Quanto às penalidades, o mais frequente em relação aos recursos foi o de cassação do exercício profissional, ou seja, o cancelamento da licença (37,6%); absolvição (15,7%); censura pública em uma publicação oficial (11,7%), suspensão da prática profissional por até 30 dias (7,6%); e censura confidencial (5,3%). A cassação do exercício é a penalidade mais severa aplicada aos médicos que violaram seriamente as normas deontológicas, e isso, sempre deve ser imposto pelo Conselho Federal de Medicina. A cassação do registro profissional é definitiva e não pode ser revertida.

É lógico que por ser o Tribunal Pleno a última instância dos julgamentos éticos, os recursos a ele submetidos são provavelmente de delitos mais graves. Por isso que a atuação desse órgão tem “uma relevância grande para o destino individual dos profissionais e a aplicação das sanções extremas precisa ser consentânea com a realidade”, conforme expõe Nalini²⁰¹.

Em relação aos artigos do CEM 2009/2010 que foram infringidos em maior medida, depois do descumprimento de normas gerais do CFM, que incidiram mais punição, destaca-se o de *causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência, que decorre do mau resultado ou resultado adverso da prática médica por ação ou omissão do médico*.

Os artigos do código ético mais frequentemente violados foram 18, 1, 30, 14 e 40. A infração ao artigo 18 é "Desobedecer ou desrespeitar os julgamentos e as resoluções dos Conselhos Federais e Regionais de Medicina", que é um regulamento geral. O segundo e o terceiro artigos mais violados foram "causando danos aos pacientes através de ação ou omissão que poderiam ser caracterizados como negligência, imprudência ou negligência" e "Usando a profissão para corromper costumes ou cometer ou favorecer crime". Também é importante mencionar que o artigo 14 foi o mais severamente punido, já que teve o maior número de cassação de registro profissional. Em resumo, o gráfico 7, do capítulo 4 apresenta as frequências totais e os números por penalidade.

Vê-se, portanto, que o clássico erro médico por conduta culposa tem sido punido com mais rigor na esfera ética. Tais resultados estão na mesma linha daqueles encontrados em estudos internacionais ^{5,202} e nacionais ^{190,203}, entre outros, que destacam a imperícia, imprudência ou negligência como principais práticas responsáveis pela má conduta de médicos no exercício de sua profissão.

Comenta Fragata²⁰⁴ que “Os erros são verdadeiramente inevitáveis, em toda a escala biológica e só diferem com o tipo de actividade. Cenários incertos, equipamentos diversos, interfaces, monitorização, comunicação, transições, fazem o erro não só possível, como provável. O erro é verdadeiramente humano e nunca será abolido (...)”. No mesmo trabalho, Fragata²⁰⁴ expõe que:

A referência ao problema da indução de danos relacionados com os tratamentos médicos – complicações – data de 1991 e baseou-se no Harvard Medical Practice Study, envolvendo a análise de 30.000 processos clínicos e concluindo que, em cerca de 4% dos casos, teria havido um evento adverso e que em metade a dois terços dos casos esse evento derivava de um erro que poderia ter sido evitado. 1- Estudos semelhantes, replicados na Austrália e no Reino Unido, conduziram a taxas ainda piores – 17 e 10% respectivamente. Estes dados não causaram, na altura, qualquer impacto e seria o relatório do Institute of Medicine – “to Err is Human” – 2000 que lançaria o tema da segurança na Medicina, **ao revelar que até 98.000 americanos poderiam morrer por ano nos EUA em consequência de erros. 2 - Mas o IOM também introduziu a mensagem de que tal acontecia, não por responsabilidade directa do pessoal trabalhando mal, mas sim pelo contexto sistémico em que trabalhavam. A questão não é tanto “quem fez isto» mas antes «porquê e como é que isto nos aconteceu”(...²⁰⁴.**

Vê-se, assim, um exemplo de que os eventos adversos causam, com frequência, erros na prática médica. Porém, o erro por negligência, imperícia e impudência é sempre uma violação de normas de conduta, com afastamento ou desvio do que seria esperado,

não sendo aceitos pelos pares, conforme apurado no gráfico 7, do quarto capítulo. De igual forma, repudia-se o delito de corromper costumes ou cometer ou favorecer de crime, artigo 30, do CEM/2009, figurando como o terceiro artigo mais presente nas decisões do Pleno do TSEM do CFM.

Por outro lado, a publicidade médica fora dos parâmetros éticos também é inaceitável pelos pares. Tal infração é rotulada por trazer, na maioria das vezes, exposição de pacientes e promessas de cura com tratamentos e de medicamentos milagrosos, sem embasamento em referências científicas, na maioria deles, colocando em risco a saúde da população (publicidade enganosa). Mas, parte considerável dos médicos tem sido penalizada por atos mais relacionados ao caráter e à honestidade do que à formação técnica, comprovando que é comportamento considerado irremediável e fora do alcance pedagógico das penas mais brandas.

Os números referentes às especialidades não indicam infrações cometidas por especialistas, ou seja, médico detentor de título de especialista, mas atos praticados no exercício daquela especialidade. Aparecem em realce, a Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Cirurgia Plástica e Administração em Saúde. As três primeiras são algumas das áreas mais procuradas pelos pacientes, tanto no Sistema de Saúde público como particular, oferecendo uma possível explicação para os números elevados. Entretanto, a Administração em Saúde, que não se trata de uma especialização mas sim de uma área de atuação, é preocupante uma vez que a não observância de normas éticas pelo médico, na atuação da Administração em Saúde, gera danos em toda organização, atingindo direta e indiretamente pacientes, funcionários, os pares e demais profissionais da saúde⁵⁸.

Assim, esta investigação demonstra que o perfil do médico envolvido em processos julgados pelo pleno do TSEM é bastante semelhante àqueles encontrados em outras pesquisas que buscam investigar o médico envolvido em processos ético-disciplinares, independentemente da especialidade¹⁹². Além disso, percebe-se também que este perfil também é semelhante a outros levantamentos que consideram toda a população médica, independentemente de responder processos ético-disciplinares^{5,192}.

Os profissionais, todos do sexo masculino, apresentam mais de 20 anos de formados. A posição de destaque do ponto de vista socioeconômico que muitos profissionais atingiram já neste momento de suas carreiras realimenta o “pensamento mágico” de onipotência. Outra possibilidade pode ser a recompensa financeira que o médico passa a ter após seu ingresso no mercado de trabalho, sentindo a necessidade de

umentar, com o passar do tempo, o número de fontes de renda (plantões, empregos, atividades sub-remuneradas)¹⁹³. Não sendo de descurar o impacto do cansaço profissional e mesmo do *burnout*.

Cabe ressaltar também o papel da formação dos médicos envolvidos nos processos, visto que, dos casos analisados, um pouco mais da metade dos profissionais não era portador do título de especialista em psiquiatria ao longo de todo o processo, apesar do processo ter sido enquadrado na especialidade. Em relação àqueles que apresentaram título de especialista apenas um deles já era especialista antes do ato alvo do processo, enquanto os outros dois médicos obtiveram o título de especialista depois da abertura do processo. Coerente com estes resultados observa-se que a busca por aperfeiçoamento técnico pode servir como fator protetivo contra erros que ocasionem danos aos pacientes e, conseqüentemente, em processos éticos, uma vez que eleva o grau de confiança nos serviços prestados, tornando a relação entre médico e paciente mais estreita¹⁹².

Esse aspecto da formação também se reflete nos artigos infringidos nos processos. Mesmo que estes não se relacionem especificamente ao erro médico tradicional, onde há dano ao paciente por procedimento técnico inadequado, isto pode refletir uma falha na formação do profissional. Os princípios da bioética devem ser utilizados no exame e compreensão de situações de conflito presentes cotidianamente no atendimento ao paciente, dado que ao serem violados pelos médicos podem resultar em graves prejuízos ao paciente. O Pleno do TSEM acena que não se admite que o profissional da medicina despreze os Direitos Humanos, corrompendo costumes, cometendo ou favorecendo crime. De igual maneira, ressalta a importância da relação do médico com pacientes e familiares, punindo àquele que, nessa relação, obtenha vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.² Tais atos fragilizam, sobretudo, dois princípios bioéticos essenciais: o da beneficência, “pois o profissional se compromete em avaliar os riscos e os benefícios potenciais (individuais e coletivos) e a buscar o máximo de benefícios, reduzindo ao mínimo os danos e riscos”¹⁹⁴; e o da não maleficência, que é princípio que “determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente”¹⁹⁵.

A punição dos médicos, prevista em lei e no CEM, tem finalidade preventiva dissuasória, pois a classe médica tem ciência que se cometer um delito ético pode sofrer repreendas de seus pares (advertência confidencial em aviso reservado, censura confidencial em aviso reservado, censura pública em publicação oficial, suspensão do

exercício profissional até 30 (trinta) dias e até a cassação do exercício profissional, *ad referendum* do Conselho Federal, que não tem reabilitação)²⁰⁵.

Dessa forma, a violação dos preceitos éticos é passível de várias punições. Elas influenciam até os julgamentos cíveis e criminais, mesmo em face da independência das instâncias, pois o princípio da independência das instâncias não é absoluto, admitindo a interferência de outras esferas. Nesse contexto, os médicos têm o dever de conhecer e respeitar os preceitos éticos, sob pena de sofrer severas punições dos Conselhos de Medicina, que detêm autonomia para exercitar o poder de polícia administrativa sobre a conduta do profissional a ela submetida¹⁹³.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar dos objetivos traçados nesta investigação terem sido alcançados, esta não está livre de limitações. A primeira delas, diz respeito ao período em que a pesquisa foi realizada, pois mesmo que os dados analisados sejam de recursos julgados no período de 2010 a 2016, as infrações éticas, em sua grande maioria, foram cometidas antes desse período. Logo, faz-se necessária a realização de uma nova pesquisa que busque superar tal limitação, tomando o presente estudo como base comparativa como o intuito de apontar possíveis diferenças ou não em relação ao perfil do médico ora levantado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

ALGUNS PONTOS SOBRE A BIOÉTICA E SUA RELAÇÃO COM O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Na contemporaneidade não há como negar a necessidade de se estabelecer debates sobre questões que se apresentam plurais e que exigem serem interpretadas à luz de diferentes perspectivas. Daí a importância da bioética enquanto conjunto de conhecimentos voltados a compreender a vida em suas várias dimensões, demandando de sua base estrutural uma postura multi, inter e/ou transdisciplinar, a permitir questionar sobre conflitos de valor suscitados pelo desenvolvimento tecnocientífico, social, cultural, entre outros, sobretudo os relacionados aos seres vivos, e particularmente ao ser humano. Busca-se o desenvolvimento de uma consciência embasada em referenciais específicos da vida em sociedade que conduzam à condição “mais do que viver” e sim do (con) viver, de modo respeitoso e tolerante entre diferentes grupos sociais, sem imposições, mas pela via da compreensão de paradigmas condizentes às diversas realidades²⁰⁶.

Do ponto de vista histórico, a Bioética teve sua terminologia cunhada pelo médico americano Van Rensselaer Potter, no início dos anos setenta. Tal expressão foi configurada no livro “*Bioethics: Bridge to the future*”. A Bioética de Potter ao considerar a inter-relação da “ética” com o “saber biológico” representava uma tentativa de delimitar um espaço (mesmo em terreno ainda movediço) e uma abertura ao campo do ser humano de modo a assegurar sua sobrevivência e a do planeta. Tal conotação inicial focava-se em questões de uma ética global, mais precisamente em uma ética da preservação do planeta no futuro. Neste sentido, incorporava conceitos ampliados relacionados à “qualidade da vida humana” (incluindo o respeito ao meio ambiente e ao ecossistema), além de questões biomédicas específicas²⁰⁷.

No entanto, as inquietações bioéticas relacionadas com o meio ambiente e o planeta, propostas por Potter, de certa forma, foram compaginadas com o domínio mais estrito da ética biomédica, por forte influência do fundador do *Kennedy Institute of Ethics*, Andre Hellegers, em 1971. Este pesquisador liderou um grupo de estudos com médicos e teólogos que viam com preocupação o progresso médico tecnológico, bem como as implicações e os desafios no que diz respeito aos “sistemas éticos” do mundo ocidental, reafirmando a bioética como ponte entre a medicina, a filosofia e a ética²⁰⁷. Assim, o “enfoque biomédico” passou a imperar como base

de construção do pensamento bioético. Dessa forma, a Bioética surgiu fortemente nos anos setenta, nos Estados Unidos, e se propagou pela Europa nos anos oitenta e alcançou o mundo nos anos noventa.

Para uma breve compreensão do paradigma bioético principialista norte-americano torna-se preciso mencionar duas produções iniciais que retrataram reflexões bioéticas. A primeira produção foi o relatório Belmont, datado de 1978, com a proposta de abordar questões sobre o controle da pesquisa com seres humanos. O referido relatório assinalou três princípios a serem considerados: respeito pelas pessoas (autonomia), beneficência e justiça⁶⁴. Destaca-se, no entanto que, por pessoa autônoma entendia “o indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e agir sob a orientação dessa deliberação”, entre outros pontos²⁰⁸.

Enquanto o relatório Belmont considerava somente questões éticas relacionadas à pesquisa com seres humanos, os pesquisadores Beauchamp e Childress, em 1979³ retomaram a visão principialista, porém englobando o campo da prática clínica e assistencial. Assim, por meio da obra “*Principles of Biomedical Ethics*”, os autores consolidaram a Bioética sob a égide de quatro princípios: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Diante dessa trajetória, tem-se a destacar a Bioética “principialista” como resultante da cultura anglo-americana, influenciada pelo pragmatismo filosófico anglo-saxão, concretizada tanto na esfera dos procedimentos como no processo de tomada de decisões.

O que se pretende enfatizar é que a visão “anglo-americana” concentra uma perspectiva mais individualista e categoriza os princípios, sobretudo quando trata da autonomia da pessoa. Por esta razão, o princípio da autonomia foi gradualmente hierarquizado em relação aos demais, questão esta que contribuiu para a adoção de uma visão individual dos conflitos e também prioritária no processo de análise e de decisão. E, sob esta ótica, a bioética foi difundida para além dos Estados Unidos da América. Assim, destaca Garrafa²⁰⁹:

[...] trata-se de uma bioética anglo-saxônica, com forte conotação individualista cuja base de sustentação repousava sobre a autonomia dos sujeitos sociais, categoria que, por sua vez, tinha como uma de suas consequências operacionais/práticas, a exigência ou necessidade de aplicação dos chamados Termos de Consentimento Informado²⁰⁹.

O processo evolutivo da bioética (considerando seu nascimento até os dias atuais), enquanto *corpus* de conhecimento vem contribuindo também para a evolução da vida em sociedade, ao mesmo tempo, em seu próprio aprofundamento tanto de ordem epistemológica

quanto metodológica, com vista a incorporar debates candentes, para além dos já existentes. Estudiosos europeus têm contribuído incisivamente para o campo da bioética, questionando e complementando a visão principialista no sentido de que se tomada por si só pode tornar-se insuficiente para analisar as mudanças e os “macroproblemas” éticos surgidos no século XX e no início do século XXI²¹⁰. Além do mais, as fissuras no tecido social mostram-se desproporcionais, entre os países dos hemisférios Norte e Sul, notadamente a partir dos impactos da globalização e de seus aspectos decorrentes.

Assim é que temas como: vulnerabilidade, discriminação, humanização, exclusão social, transgenia, entre tantos outros questionamentos da atualidade, passaram a ser incorporados sob esta abrangente e diversificada área nominada Bioética e necessitam ser debatidos mais fortemente considerando fronteiras globais e locais, até porque, a compreensão do que venha a ser bioética neste início de século XXI, pode variar de um contexto para outro e de uma nação para outra²¹⁰.

Nesta esfera globalizada, a Bioética passa a ter papel preponderante no sentido da consolidação de seus paradigmas para o enfrentamento dos problemas sociais, culturais, entre outros. Decorre assim, que a Bioética pressupõe uma dinâmica própria e a incorporação de uma visão cada vez mais ampliada e comprometida. Cenários ao apontarem para a diversidade e a pluralidade de posturas, visões e valores, por vezes, de forma conflituosa e extremamente radical exigem da Bioética revisão de suas questões fundantes, certamente a partir de seus princípios, a ponto de incorporar, quiçá, referenciais/critérios de outras ordens que contemplem a multiplicidade de pontos de vista de diferentes grupos sociais.

Assim, os Códigos de Ética representam a consolidação de princípios éticos assumidos pela sociedade, segundo Segre e Cohen²¹¹. Tomando por base que os princípios são mutáveis, evidencia-se que os códigos, por decorrência, carecem de serem sempre alterados considerando a dinâmica do “pensamento ético”; esta atualização necessita ser realizada por meio da análise crítica e de revisão periódica de questões conflitantes e até mesmo, resistentes.

Dessa forma, a bioética ao focar aspectos referentes à vida humana, em seu sentido maior, trata das incessantes questões afetas às relações entre as reflexões teóricas, fundadas em grandes princípios, e sua inscrição em uma pessoa ou coletividade, pondo à prova princípios do respeito à autonomia dos pacientes, da solidariedade e exigindo um olhar para com o outro respaldado no respeito e na dignidade²¹¹.

Em se tratando de alguns eixos da Ética Médica codificada tem-se como estabelecido, por exemplo, as obrigações dos médicos para com a sociedade e para com o ser humano, enquanto portador de direitos; a questão dos direitos humanos na relação médico-paciente, entre outros pontos.

Em relação ao CEM/2009, é preciso lembrar que este recebeu influência, em sua elaboração, da visão princípalista, apesar de evoluções conceituais terem sido incorporadas. A inserção de novos elementos aos referenciais bioéticos existentes permite ao profissional médico desenvolver sua prática cada vez mais responsável, humana e historicamente contextualizada. Assim, segundo Nunes¹⁷⁷, os valores universais podem e devem ancorar as relações humanas e a prática profissional.

Portanto, ao se considerar alguns fundamentos bioéticos no exercício da prática médica, opta-se, na presente investigação, refletir, mesmo que sucintamente, sobre os princípios da beneficência e da autonomia. O princípio da beneficência se refere à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo²¹². Daí porque o profissional necessita estar convicto e informado tecnicamente quanto a práticas que assegurem aos pacientes condições benéficas de acolhimento e tratamento. Tomando por base que o princípio da beneficência pressupõe não infligir dano deliberado, tem-se, por decorrência, o princípio da não maleficência. Estabelece-se assim que a ação médica deve implicar sempre em reduzido prejuízo ou agravo à saúde do paciente. Ao não prejudicar o paciente tenciona-se reduzir os possíveis efeitos adversos das ações diagnósticas e terapêuticas.

Por sua vez, o princípio da autonomia ressalta que as pessoas são capacitadas para deliberar sobre suas escolhas pessoais, o que para tanto, devem ser tratadas com respeito pela sua capacidade de decisão e pela liberdade de escolha. Segundo o CEM, destaca-se que a relação do profissional médico com seu paciente necessariamente deve pressupor o princípio da autonomia, o que implica a determinação de que fica vedado efetuar qualquer procedimento sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou responsável, salvo em situações de perigo iminente de vida².

Autonomia implica na autodeterminação da pessoa em tomar decisões relacionadas a sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais. Pressupõe existência de opções, liberdade de escolha e requer que o indivíduo seja capaz de agir de acordo com as deliberações feitas. O respeito à autodeterminação fundamenta-se no princípio da dignidade da

pessoa humana, acatando-se o imperativo categórico kantiano que afirma que a pessoa humana é um fim em si mesmo²¹³. Algumas variáveis contribuem para que um indivíduo torne-se autônomo, tais como condições biológicas, psíquicas e sociais. Em eventuais situações transitórias ou permanentes uma pessoa pode ter a autonomia diminuída, cabendo a terceiros o papel de decidir.

Fica evidente, então, que os princípios da beneficência e da autonomia aqui considerados não podem ser vistos em separado aos demais princípios e referenciais, uma vez que se adota para efeito de análise, um enfoque multidisciplinar.

O QUE A INVESTIGAÇÃO AINDA TEM A REVELAR

No período de 2010 a 2016, ingressaram 2.616 recursos no CFM, já existindo 414 remanescentes aguardando julgamento, totalizando 3.030, dos quais 224 foram julgados pelo Pleno e, 2449, pelas Câmaras do CFM, restando, desta forma, 357 ainda aguardando apreciação.

A constatação do aumento de 3.679 processos éticos no período de 2010 a 2016, com o ingresso de mais 2.836 processos éticos para julgamento no Conselho Federal de Medicina, totalizando 6.515 processos é relevante no contexto social, por se tratar de denúncias de delitos éticos que, muitas vezes, trazem danos irreparáveis aos pacientes. Tais delitos, comumente chamados de erros médicos, são frequentemente veiculados na mídia, fragilizando a profissão, levando ao descredito da sociedade médica em geral, conforme apontam Carvalho e Vieira²¹⁴. No entanto, como comprova a pesquisa, esse registro não é nada significativo em comparação ao número de médicos inscritos e ativos, que em 2016 encontra-se em 436.573 médicos, sem contar em relação ao número da população Brasileira, que passou de 207,7 milhões em 2017. Contudo, está estatística não deve, em hipótese alguma, servir de fundamento para qualquer justificativa quantitativa de índice de irrelevância do potencial lesivo, que é a saúde física e mental (psíquica) do paciente.

Esse raciocínio é utilizado como norte para os delitos penais e Carvalhido²¹⁵ explica que:

Tomando como bases os princípios da adequação social, da legalidade, da proporcionalidade e o da razoabilidade, veremos que o princípio da insignificância caminha lado a lado com estes. Destaca-se aqui que o princípio da adequação social absorve total aprovação da sociedade, enquanto no princípio da insignificância a conduta delitiva é tolerada devido a sua ínfima lesividade. Com isso, há de se afirmar

que quando as ofensas são mínimas, não é justificável a incidência do Direito Penal, pois isso tornaria este guardião de fatos de ínfima importância [...] ²¹⁵.

O estudo demonstra que a importância da pesquisa é trazer dados concretos, observando inclusive o papel social do médico dentro do contexto da saúde brasileira, com o intuito de constatar o perfil do médico envolvido em processo ético, para incitar uma reflexão a todos os envolvidos, desde aqueles que têm função na educação médica, o próprio médico, incluindo os personagens que ditam regras na sistematização da saúde brasileira, e principalmente, o Conselho Federal de Medicina que tem como missão institucional, de antes de punir os infratores da ética, buscar uma prevenção para a não ocorrência de infrações éticas, zelando pelo bom desempenho técnico e moral da medicina.

Importante ressaltar a relevância do ensino da ética médica, contemplando a ciência bioética, aos médicos brasileiros, não só aos graduandos, mas a atualização constante da matéria daqueles que já exercem a profissão.

Em sua obra, Neves ²¹⁶ explicita tal necessidade, em que discute a utilização de uma melhor metodologia pedagógica para a obtenção do melhor resultado ensino-aprendizagem:

De acordo com Correa (2000:8), a deontologia médica traz uma perspectiva limitada sobre as ações do médico, seria necessário ultrapassá-la para adequá-la aos saberes atuais frutos de uma constante e veloz mudança do mundo contemporâneo, plural, conflitado e globalizado. Assim, não se trata apenas de conhecer os deveres e os direitos dos médicos, mas sim transcender estas discussões à luz das necessidades impostas pelo avanço do conhecimento científico. O autor acredita que os grandes desafios da chamada revolução biológica ultrapassam o olhar deontológico, sendo necessária uma reflexão mais ampla sobre os problemas resultantes da evolução tecnocientífica ocorrida nesta área ²¹⁶.

Abordando a ciência bioética, traz o estudo a ponderação sobre a importância de se propagar o conhecimento e a aplicabilidade dos seus princípios, que devem ser observados na maior medida possível dentro das possibilidades jurídicas e fáticas do atendimento médico ⁶, buscando valores para a humanização da medicina, cujas modernas literaturas já precisam que é a tarefa da medicina do século XXI.

Segundo Gracia: ¹⁸⁰

[...] O debate social sobre os valores se converteu num dos grandes objetivos das sociedades ocidentais, a partir dos anos 1960, e não restam dúvidas de que a bioética nasceu com esse fim. A bioética deve portanto, assumir sua responsabilidade de ser foro de debate dos problemas de valor relativos à administração do corpo humano e da vida. Trata-se de um campo que carece de

mudanças profundas, por parte não somente dos profissionais, mas também da sociedade. E a bioética médica é convocada a desempenhar nessa mudança um papel importante, fundamental. Como repeti aqui tantas vezes, a bioética médica tem por objetivo educar os profissionais da saúde e os usuários dos serviços de saúde, ou seja, todos, quantos às questões de valor relativas à gestação da vida e do corpo, da saúde e da doença. Dos meios aos fins: assim vejo, ou assim quero vê-la, a tarefa da medicina no século XXI (p.102-103)¹⁸⁰.

Neste cenário, é que o Código de Ética Médica atual (2009/2010) e o anterior (1998) sistematizaram preceitos que contemplam a boa prática médica, neles inseridos os princípios da bioética e contemplam ainda a Declaração Universal dos Direitos Humanos, reafirmando a relevância dos padrões internacionais de direitos humanos na relação médico-paciente.

Destacaram-se ainda, os esforços da Constituição de 1988³⁰ em trazer em seu artigo 196 um avanço significativo a saúde brasileira: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Tal preceito constitucional anuncia que a equidade funciona, primordialmente, com foco em reorientar os serviços para adequar a oferta de saúde a um público que apresente maior necessidade e que obtém menor acessibilidade às ações. E, por outro lado, trabalhar em prol de mapear a reorientação dos fluxos de investimentos e das regiões que ainda não contam com serviço de qualidade mínima.

No entanto, um das perguntas do estudo foi: como estão sendo realizados os salvamentos e os tratamentos? Quem está tendo direito a eles? Qual a postura do médico frente a tais indagações? Como profissional tem tido oportunidade de exercer seu papel? De que forma? Adequada ou inadequadamente?

A pesquisa reafirmou situações consideráveis para a sua conclusão, expondo que a interação médico/paciente, médico/médico e outras são influenciadas por vários fatores, dentre os quais, se destaca o contexto laboral que reflete, em muito, no desempenho técnico e moral da prática médica.

Constatou-se que nos dias atuais, a população está mais esclarecida, mas conta com número elevado de pessoas precisando de atendimento médico constante. Embora o médico tenha maior autonomia para exercer seu ofício, nem todo paciente pode custear seu tratamento.

Decorrem, pois, outros problemas bem mais graves para esse profissional administrar e seu papel social dependerá de como administrará tais questões.

Enfrenta ainda, o profissional da medicina junto aos seus pacientes, dificuldades econômicas, de políticas de saúde, de condições precárias de trabalho, bem como falta de aparato necessário para clinicar, diagnosticar, operar. Com salários abaixo do valor de mercado e frequentemente, carga horária excessiva, desvalorização profissional, burocracias, entre outros quesitos, o que compromete a sua autonomia para exercer seu ofício de forma compatível com a sua profissão.

Outro complicador é que o Sistema Único de Saúde brasileiro não dispõe de condições adequadas para atender toda a demanda da assistência pública. E ainda assistência à saúde privada, também deficiente, acaba por enfrentar problemas com a cobertura de determinados procedimentos clínicos ou cirúrgicos e até com a marcação de consulta em tempo hábil. O que sobrecarrega ainda mais o sistema público.

Por outro lado, enfrenta o profissional o tecnicismo da medicina, tendo que lidar com os benefícios científicos tecnológicos e a capacidade afetiva. Os princípios da ética médica, que norteiam a profissão médica jamais podem ser desrespeitados, independentemente dos sistemas modernos tecnológicos. Outra missão do médico é estar atento a toda essa evolução, que cresce quase numa velocidade de um cometa. Muitas são as resoluções do Conselho Federal de Medicina que são atualizadas nessa mesma velocidade, em face ao avanço da medicina. Mas, as relações humanas entre médico e paciente permitem que sejam ofertadas os procedimentos mais avançados da tecnologia, embora não se admita uma substituição absoluta da mão-de-obra humana por técnicas e sistemas inteligentes e avançados de computadores.

A necessidade de formação e atualização de conhecimento técnicos dos profissionais da medicina se torna, assim, evidente para garantir um atendimento com uma técnica atual e digna ao paciente⁵.

Pontos importantes para o estudo foram colhidos nas pesquisas demográficas médicas no Brasil do CFM (2005¹⁴⁵ e 2015⁵), e da Maria Helena Machado⁹⁵ e do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (2011¹⁸⁹ e 2013¹⁴⁶). A pesquisa conclui que há uma má distribuição de médicos no Brasil por região, a maioria manteve-se localizada nos grandes centros (p.45)¹⁴⁵.

A pesquisa demonstra em breve síntese, as características demográficas dos médicos, a partir de uma investigação nas 27 (vinte e sete) Unidades da Federação. Assim, esse

levantamento permitiu cruzar os dados para obter percentuais bem mais precisos quanto ao número de inscritos, número por região e número de médicos processados por região, por idade e sexo, o que contribuiu sobremaneira, para a exatidão do estudo dos dados da tese em questão.

Assim, quando consideramos que certas regiões têm mais processos éticos, devemos levar em consideração o fator da concentração maior de homens na medicina e, em todas as pesquisas da demografia médica (2005 e 2015) tem registros muito semelhante, na região Sul e Sudeste; o exercício da medicina por homens é majoritária, com ênfase nos estados de Goiás e Santa Catarina. O registro da inserção das mulheres na medicina, mais favoráveis nos estados de Pernambuco e Alagoas¹⁴⁵.

Vê-se, portanto, que os profissionais médicos ainda preferem os grandes centros urbanos em decorrência de melhores condições de trabalho, de vida, de emprego, de qualificação e especialização e outros que caracterizem melhorias, com busca pela qualidade de vida.

Revela a pesquisa (CREMESP) que os profissionais que obtiveram registro de médico no período situado entre 1980 a 1989, a maioria atua nas capitais, principalmente na região sul e sudeste, mas boa parte atua também no interior. Nestas regiões Sul e Sudeste há um equilíbrio na distribuição dos médicos entre interior e capital. Já no Norte e Nordeste, mais de 60% dos médicos atuam em capitais, podendo chegar mais de 80% em algumas unidades, com exceção apenas do estado de Roraima, que fica na Região Norte (p.64)¹⁴⁶.

Outro dado apurado na pesquisa (2004) e relevante para o estudo é o de que as instituições públicas eram as que mais formavam (66,4%), sendo que a maior parte desses profissionais possuía até 15 anos de formados (48,2%), sendo (78,1%) pós-graduados. O maior contingente de médicos tinha até 15 anos de formados ou menos (44,5%), com título de especialistas (58,9%)¹⁴⁵.

No que se refere a médicos portadores de especialidade medicas, tem-se que na Pesquisa do Conselho Federal de Medicina (2004)¹³³ 59,9% dos médicos respondentes informaram possuir um título de especialidade, 31% disseram ter dois e 9,1% declaram possuir três títulos. Outro registro importante é as três especialidades que mais forneceram títulos de especialistas foram Pediatria (10,4%), Cardiologia (10%) e Ginecologia e Obstetrícia (9%). Ressaltando que os entrevistados poderiam informar mais de uma especialidade (p.58)¹⁴⁵. Comparada com a de 2015, 59% – ou 228.862 deles – têm título de especialista. Os outros 159.341 profissionais, ou 41% do total, chamados de generalistas na pesquisa, não têm título de especialista emitido por

sociedade ou via Residência Médica. Além da Clínica Médica (especialidade com maior número, 35.060 médicos, o equivalente a 10,6% de todos os títulos de especialista) estão nesse grupo a Pediatria, a Cirurgia Geral, a Ginecologia e Obstetrícia, a Anestesiologia e a Cardiologia. As seis especialidades consideradas básicas ou gerais (Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade e Medicina Preventiva e Social) concentram 40,3% do total de especialistas.

A pesquisa já citada no início do estudo assinala que a maioria dos próprios profissionais entende que necessita dessa atualização, pois dessa forma serão cada vez mais tecnicamente qualificados para atender seus pacientes. O que gera confiança tanto do profissional que está atendendo, quanto do paciente, podendo assim, por conseguinte, resultar em ascensão profissional.

Por fim, a pesquisa de 2011¹⁸⁹ expressa que a crescente uma tendência de feminização da medicina no Brasil (42,5%) e que sobre a idade, o percentual de homens é maior, passando de 55,6% no grupo com 50 a 54 anos e chegando a 77,6% entre os médicos com idade entre 65 e 69 anos. Dado que corrobora com a idade dos médicos mais processados. Registra também que as desigualdades de distribuição de médicos ainda são imensas, embora o Brasil ter razão nacional de 2,11 médicos por 1.000 habitantes.

Corroborando quase totalmente com a pesquisa de 2015⁵, apenas com índices maiores, continua a pesquisa, indicando que a região Sudeste conta com o maior número de médicos por 1.000 habitantes, acima da região Sul e da Centro-Oeste. Já São Paulo tem 117.995 médicos, que equivalem a 28,1% do país, para uma população que corresponde a 21,7% do total. Na região Nordeste trabalham 17,4% dos médicos brasileiros e vivem 27,8% do total da população, mas que as regiões Norte e Nordeste estão abaixo da razão nacional e que as outras três demais regiões têm razão médico/habitante acima da média nacional.

Fatores relacionados à saúde do médico no Brasil são contemplados no estudo que revelou que o profissional da medicina vive, hoje, grande crise institucional, tanto relacionada aos aspectos internos à corporação, ao ambiente de trabalho individual e organizacional, quanto aos aspectos do processo de trabalho médico. Outros fatores como: aumento da jornada de trabalho do médico, multiemprego, a redução relativa e absoluta do valor do trabalho médico, a baixa remuneração e, em especial, a deterioração geral das condições de trabalho, impedem,

em muitos casos, a realização plena de seu trabalho profissional. Essas são algumas razões dos males acometidos à saúde dos médicos brasileiros.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução n. 1246. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, de 26 jan. 1988. Seção I, p. 1574-7. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=10&Itemid=13 Acesso em: 21 jan 2018.
2. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução n. 1931, de 17 de setembro de 2009. Diário Oficial da União. Poder Executivo, DF 24 set. 2009; seção I, p. 90-92. Em vigor desde 13 abr 2010. Disponível em: www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual Acesso em: 21 jan 2018.
3. Beauchamp TL, Childress, JF. Principles of biomedical ethics. 4^a ed. New York: Oxford University Press; 1994.
4. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Portal CFM. Disponível em: http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26187:2016-05-23-13-04-10&catid=76:president&Itemid=540 Acesso em: 21 jan 2018.
5. Scheffer M coordenador, et al. Demografia médica no Brasil - 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2015. v3. Disponível em: <https://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf> Acesso em: 21 jan 2018.
6. Scheffer M coordenador, et al. Demografia Médica no Brasil-2018. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP/ Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Conselho Federal de Medicina; 2018. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1keGkilSp8msMKZuGvs1A9crFtFpdmBWu/view> Acesso em: 22 de mai 2018. ISBN: 978-85-87077-55-4
7. Alexy R. Teoria dos Direitos Fundamentais. 2^a ed. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros; 2017.
8. Rovida TAS, Garbin CAS. Noções de odontologia legal e bioética. São Paulo: Artes Médicas; 2013. [Série Abeno: Odontologia Essencial - Temas Interdisciplinares].
9. Ludwig MWB, Redivo LB, Zogbi HJ, Müller MC. Psicoterapia e Bioética: aproximando conceitos, aperfeiçoando práticas. *Psicol em Estudo* 2007; 12: 603 – 608.
10. Jahr F. Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze. *Handweiser für Naturfreunde. Kosmos* 1927; 24 (1): 2-4.
11. Potter VR. Bioethics, the science of survival. *Perspectives in biology and medicine* 1970; 14:127-153.
12. Potter VR. Bioethics: Bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1971.

13. Potter VR. Global bioethics: building on the Leopold legacy. East Lansing: Michigan State University Press; 1988.
14. Pessini L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. Rev Bioética 2013; 21 (1): 9-19. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000100002>. Acesso em: 22 mai 2018. ISSN 1983-8042
15. Muzur A, Sass H-M, editors. Fritz Jahr and the foundations of global bioethics: the future of integrative bioethics. Munster: Lit Verlag; 2012.
16. Steger F. Fritz Jahr (1895-1953) European concept of bioethics and its application potential. Jahr:European Journal of Bioethics 2015; 6 (12). (Martin-Luther-University Halle-Wittenberg, Faculty of Medicine, Institute for Medical History and Ethics, Halle, Germany). Disponível em: www.jahr-bioethics-journal.com Acesso em: 22 mai 2018.
17. Código de Nuremberg. Disponível em: www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/qualidade/Nurembg.pdf Acesso em: 21 jan 2018.
18. ONU. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf> Acesso em: 09 nov 2015.
19. Declaração de Helsinque. Hong Kong: 41º Assembleia Médica Mundial, 1989. Disponível em: <http://www.cometica.ufpr.br/Helsinque.htm>. Acesso em: 15 nov 2015.
20. Unesco. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 33ª sessão da Conferência Geral da UNESCO. Portugal; 2005. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf> . Acesso em: 09 nov 2015.
21. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Diário Oficial da União - Seção 1 - 15 jan 1937:1210. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/Lei/1930-1939/Lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html> Acesso em: 21 jan 2018.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto n. 99.438, de 7 ago 1990. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Disponível em: conselho.saude.gov.br/legislacao/dec99438_070890.htm Acesso em: 21 jan 2018.
23. Brasil. Presidência da República. Decreto n.5.839, de 11 jul 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde-CNS e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5839.htm Acesso em: 21 jan 2018.

24. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 1, de 13 jun 1988. Aprova as normas de pesquisa em saúde. Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/1988/reso01.doc Acesso em: 10 nov 2015.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 out 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e estabelece a criação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep. Brasília: Ministério da Saúde; 1996. Disponível em: conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html Acesso em: 10 nov 2015.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.466, de 12 dez 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 10 nov 2015.
27. Council for International Organizations of Medical Sciences - CIOMS. Organização Mundial da Saúde - OMS. Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa envolvendo seres humanos. Genebra: CIOMS/OMS; 1993.
28. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Revista Bioética. Brasília; 1993. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/issue/view/32 Acesso em: 9 nov 2015.
29. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Recomendação CFM n. 8/2015. Recomenda a criação, o funcionamento e a participação dos médicos nos Comitês de Bioética. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/8_2015.pdf Acesso em: 11 nov 2015.
30. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 21 jan 2018.
31. Martin LM. Os Direitos Humanos nos Códigos Brasileiros de Ética Médica. Ciência, lucro e compaixão em conflito. São Paulo: Loyola; 2002.
32. Gracindo GCL. Declaração Universal dos Direitos Humanos e os códigos de ética Médica. In: Furtado MV, coord. Reflexões sobre a Constituição: uma homenagem da advocacia brasileira. Brasília: Alumnus/OAB/Conselho Federal; 2013.
33. Dallari SG. O direito à saúde. Rev Saúde Publ São Paulo 1988; 22 (1): 57-63. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v22n1/08.pdf Acesso em: 21 jan 2018.
34. Pessini L. Terminalidade e espiritualidade: leitura comparada a partir dos códigos de ética médica brasileiros e códigos e declarações éticas de alguns países. In: Neves N, organizador. A medicina para além das normas. Reflexões sobre o novo Código de Ética Médica. Brasília:CFM; 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/a%20medicina%20para%20alm%20das%0normas.pdf> Acesso em: 21 jan 2018.

35. Souza PVS. Bioética e direitos humanos: novos desafios para os direitos humanos de solidariedade; 2006. Disponível em: <http://bdjur.tjdf.tj.br/xmlui/handle/123456789/11102>. Acesso em: 11 nov 2015.
36. Dantas I, Barros L, Castro GGP. Constituição, bioética e biodireito: breves notas ao biodireito constitucional. *Ius Gentium*. Curitiba, 2017; 8(1): 288-365. Disponível em: <https://www.uninter.com/iusgentium/index.php/iusgentium/article/viewFile/330/266>. Acesso em: 21 jan 2018.
37. Casabona CMR, coordenador. *Derecho biomédico y bioética*. Granada: Editorial Comares; 1998.
38. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica, de 1965. Diário Oficial de 11 jan 1965. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/documentos/EticaMedica/codigoeticamedica1965.pdf> Acesso em: 21 jan 2018.
39. Oselka G. O código de ética médica. In: Segre M, Cohen C, organizadores. *Bioética*. 3ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002.
40. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica, de 1984. Resolução n.1154/84. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=41&Itemid=124 Acesso em: 21 jan 2018.
41. Maia MC. História do Direito no Brasil - os direitos humanos fundamentais nas Constituições Brasileiras. Disponível em: <http://www.revistajurisfiba.com.br/artigos/1359118408.pdf> Acesso em: 21 jan 2018.
42. Brasil. Presidência da República. Código Penal Brasileiro. Decreto – Lei n.2848, de 7 dez 1940. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez 1940. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decllei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 21 jan 2018.
43. Galimberti D. Anistia e crime de tortura. Disponível em: www.jusvi.com/artigos/3785. Acesso em: 21 jan 2018.
44. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Rel. Ministro Franciulli Neto. Resp.259.340/DF. DJU 10 set 2001. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/inteiroteor/?num_registro=200000487660&dt_publicacao=10/09/2001 Acesso: 21 jan 2018.
45. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Regimento interno sobre Comissão de Revisão do Código de Ética Médica. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/modificacaoem/arquivos/regimento_interno_comissao_revisao_cem.PDF Acesso em: 21 jan 2018.
46. Segato RL. Antropologia e direitos humanos: alteridade e ética no movimento de expansão dos direitos universais. *Mana* 2006; 12 (1): 207-236. Disponível em: www.scielo.br/pdf/mana/v12n1/a08v12n1.pdf Acesso em: 21 jan 2018.

47. Brasil. Lei Orgânica da Saúde. Lei n. 8080, 19 set 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf Acesso em: 21 jan 2018.
48. Gama GCN. A nova filiação: o biodireito e as relações parentais: o estabelecimento da parentalidade-filiação e os efeitos jurídicos da reprodução assistida heteróloga. Rio de Janeiro: Renovar; 2003.
49. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de Ética Biomédica. 4ªed. São Paulo: Loyola; 2002.
50. Kipper DJ, Clotet J. Princípios de beneficência e não maleficência. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.
51. Wanssa MCD. Autonomia versus beneficência. Rev Bioética 2011; 19(1): 105-117. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3615/361533255008/> Acesso em: 21 jan 2018.
52. São Paulo (estado). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP. Missão, Visão e Valores. Juramento de Hipócrates. São Paulo: CREMESP. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>. Acesso em: 10 nov 2015.
53. Neves C. Bioética: temas elementares. Lisboa: Fim de Século; 2001. (Coleção Saúde).
54. Almeida M. Comentários sobre os princípios fundamentais da bioética. In: Pessini L, Barchifontaine CP. Fundamentos da bioética. São Paulo: Paulus; 1996.
55. Caplan AL. Quando a medicina enlouqueceu: a bioética e o holocausto. Trad. Zaira Miranda. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget; 1997.
56. Clotet J. Bioética: uma aproximação. Porto Alegre: Edipucrs; 2003.
57. Coutinho LM. Código de ética médica comentado. 3ª ed. Florianópolis: OAB/SC; 2003.
58. Meyer P. A irresponsabilidade médica. São Paulo: UNESP; 2002.
59. Pellegrino ED. La relación entre la autonomía y la integridade em la ética médica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, DC; 1990.
60. Serrão D. Conversas sobre bioética. Disponível em: <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=473> Acesso em: 21 jan 2018.
61. Bessa, MRR. A densificação dos princípios da bioética em Portugal. Estudo de caso: a atuação do CNECV. Porto; 2015. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71440/2/24891.pdf> Acesso em: 21 jan 2018.

62. Kant I. Fundamentos da metafísica dos costumes. São Paulo: Ediouro; 1993.
63. Stuart Mill J, Alexander E. On liberty. Canadá: Broadview Press; 1999.
64. The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. DHEW Publications; 1978. Disponível em: www.videocast.nih.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf Acesso em: 12 jan 2017.
65. Clotet J. O consentimento informado nos comitês de ética em pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade. Rev Bioética 2009; 3 (1).
66. Diniz D, Sugai A, Guilhem D, Squinca F, organizadores. Ética em pesquisa: temas globais. Brasília: Editora UnB; 2008. p. 36 [coleção ética em pesquisa].
67. Brasil. Presidência da República. Lei n.8078, 11 set 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União, set 1990; Seção 1,supl 12. Disponível em: www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/.../lei-8078-11-setembro-1990-365086-norma-pl.ht... Acesso em: 21 jan 2018.
68. Universidade Federal de São Paulo. Curso Especialização em Saúde da Família [online]; 2011:19. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_bioetica/Aula01.pdf. Acesso em: 10 nov 2015.
69. Loch JA. Princípios da bioética. In: Kipper DJ, organizador. Uma introdução à bioética. São Paulo: Nestlé Nutrition Institute; 2002.
70. Ribeiro DC. A eterna busca da imortalidade humana: a terminalidade da vida e a autonomia. Rev Bioética 2006; 13 (2): 112-120.
71. Rosas CF, coordenador. Ética em ginecologia e obstetrícia. 3ª ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2004.
72. Brasil. Conselho Federal de Medicina - CFM. Resolução CFM n. 1995, de 09 ago 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União, 2012; seção I:269-70.
73. Ribeiro DC. Um novo testamento: testamentos vitais e diretivas antecipadas. In: Congresso Brasileiro de Direito de Família: Família e Dignidade Humana, 5. Anais... Belo Horizonte; 2005. Disponível em: <http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:redes.virtual.bibliotecas:livro:2006;000963549> Acesso em: 21 jan 2018.
74. Nunes R. Diretivas antecipadas de vontade. Brasília: CFM/ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2016. Disponível em: http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao2151b4c76b4dcb048d06a5c32942b6f6.pdf Acesso em: 20 mai 2018.
75. Diniz MH. Curso de Direito Civil brasileiro: teoria geral do Direito Civil. São Paulo: Saraiva; 2006.v1 [rev. e atual. de acordo com o novo Código civil - Lei 10.406, de 10 jan 2002 e o Projeto de Lei n. 6.960/2002].

76. Venosa SS. Direito civil: parte geral. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2005,1: 55-56.
77. Gonçalves CR. Direito Civil Brasileiro: parte geral. São Paulo: Saraiva; 2003,1:87.
78. Diniz MH. Código Civil anotado. 13ª ed. São Paulo: Saraiva; 2008.
79. American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics. Informed Consent, Parental Permission and Assent in Pediatric Practice. Pediatrics; 1995.
80. Nunes R. Ensaio em bioética. Brasília: CFM; 2017. Disponível em: http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-9425be43ba92c2b4454ca7bf602efad8.pdf Acesso em: 20 mai de 2018.
81. Brasil. Presidência da República. Lei n.8069, 13 jul 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm Acesso em: 21 jan 2018.
82. Silva CA. O consentimento informado e a responsabilidade civil do Médico [online]; 2003. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/3809/o-consentimento-informado-e-a-responsabilidade-civil-do-medico/1> Acesso em: 21 jan 2018.
83. Siqueira JE. O princípio da justiça. In: Costa SIF; Oselka G; Garrafa V, organizadores. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.
84. Fortes PAC. Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde. Rev Bioética 2008; 16 (1): 25-39.
85. Rawls J. Uma teoria da justiça. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
86. Marcolino JAM, Cohen C. Sobre a correlação entre a bioética e a psicologia médica. Rev Assoc Med Brasileira 2008; 54 (4): 363- 368. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n4/23.pdf> Acesso em: 21 dez 2015.
87. Teixeira C. Os princípios do sistema único de saúde [online]. Salvador, Bahia; 2011. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf [Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde]. Acesso em: 21 dez 2015.
88. Nery Jr N. Princípios do processo civil na Constituição Federal. 5ª ed. rev. e ampl. São Paulo: Rev dos Tribunais; 1999.
89. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde [online]. Rev Saúde Publ 1997; 31 (5): 538 - 542. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-89101997000600016#not1> Acesso em: 21 dez 2015.
90. Nunes R. Consentimento Informado. Portugal: Academia Nacional de Medicina de Portugal; 2014. Disponível em: <http://www.academianacionalmedicina.pt/Backoffice/UserFiles/File/Documentos/Consentimento%20Informado-RuiNunes.pdf> Acesso em: 20 mai de 2018.

91. Fortes PAC. Como priorizar recursos escassos em países em desenvolvimento. In: Garrafa V, Pessini L, organizadores. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2004.
92. Nunes R, Rego G. Priority setting in health care: A complementary approach. *Health Care Analysis* 2014 a;22(3):292-303. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4124259/> Acesso: em 20 mai de 2018.
93. Nunes R, Nunes SB, Rego G. Healthcare as a universal right. *Journal of Public Health* 2017; 25: 1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5236078/> Acesso: em 20 mai de 2018.
94. Nunes R. Regulação na Saúde. Vida Económica. Porto, Portugal; 2014b.
95. Machado MH. As profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
96. Diniz M. Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais. Rio de Janeiro: Revan; 2001.
97. Angelin PE. Profissionalismo e profissão: teorias sociológicas e o processo de profissionalização no Brasil. *Rev espaço diálogo e desconexão* 2010; 3 (1):1-16.
98. Brasil. Supremo Tribunal Federal. EMB DECL no RE 635023. Relator Ministro Celso de Mello, julgado em: 13 dez 2011, publicado em: DJe-30, divulgado em: 10 fev 2012, publicado em: 13 fev 2012. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=1730429> Acesso em: 22 abr 2018.
99. Brasil. Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações. Informações Gerais. Disponível em: <http://www.mtebo.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais.jsf;jsessionid=201n28hrKgrxuUo8mzp3JRL1.slave15:mte-cbo> Acesso em: 10 mar 2016.
100. Caldas A. Minidicionário contemporâneo da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2004.
101. Brasil. Presidência da República. Lei n. 3.268 de 30 set 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Rio de Janeiro; 1957. Disponível em: www.camara.gov.br/sileg/integras/237712.pdf Acesso em: 10 mar 2015.
102. Brasil. Conselho Federal de Medicina. A instituição. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20671&Itemid=23. Acesso em: 10 mar 2015.
103. Carvalho LMGX, Azevedo CAS. Breve história das profissões liberais no Brasil. Breve história das profissões liberais no Brasil, 2004. Disponível em: http://www.fenaci.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=79&Itemid=70 Acesso em: 11 mar 2015.

104. Cavalieri Filho S. Programa de responsabilidade civil. 9ª ed. São Paulo: Atlas; 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/178864/TCC%20-%20pronto%20A4%20PDF.pdf?sequence=1> Acesso em: 11 jun 2018.
105. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Supremo decide que é inconstitucional a exigência de diploma para o exercício do jornalismo. Brasília; 17 jun 2009. Disponível em: <http://m.stf.gov.br/portal/noticia/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=109717>. Acesso em: 11 mar 2015.
106. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário RE 511961-1. Relator: Min. Gilmar Mendes. Tribunal Pleno, julgado em 17 jun 2009, dje -213 divulg 12 nov 2009 public 13 nov 2009 ement 02382-04: 00692/ rtj 00213-01: 00605 Brasília:STF; 2009. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=605643>. Acesso em: 11 fev 2018.
107. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário com agravo 1.099.652. Relator Min. Gilmar Mendes. Decisão Monocrática, de 6 fev 2018, dje 15 fev 2018. Disponível em: <http://stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28ARE%24%2ESCLA%2E+E+1099652%2ENUME%2E%29+NAO+S%2EPRES%2E&base=baseMonocraticas&url=http://tinyurl.com/y8usnxdh> Acesso em: 11 jun 2018.
108. Pasquini LBP. O profissional liberal e sua responsabilidade civil na prestação de serviços. JUSBRASIL; jul 2006. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/8574/o-profissional-liberal-e-sua-responsabilidade-civil-na-prestacao-de-servicos>
109. Administradores.com Profissional Liberal ou Autônomo? Disponível em: <http://www.administradores.com.br/noticias/carreira/profissional-liberal-ou-autonomo/85622/> Acesso em: 11 jun 2018.
110. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. História da Epidemiologia. In: Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Introdução à Epidemiologia. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.8-31.
111. Nabarro SW. O médico do século XXI: compromisso social e responsabilidade compartilhada. Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná. Curitiba 2010; 27 (105): 1-16. Disponível em: <https://www2.isend.com.br/iSend/external/magazineExport?bean.id=1361&client.> Acesso em: 20 mar 2015.
112. França GV. O Código de Defesa do Consumidor e o Exercício da Medicina. Rev Direito do Consumidor. São Paulo, 1995; 13: 56-60.
113. Brasil. Supremo Tribunal Federal. ADI n. 1931 MC-ED. Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade. Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília: STF; 22 out 2014. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28ADI%24%2ESCLA%2E+E+1931%2ENUME%2E%29+OU+%28ADI%2EACMS%2E>

+ADJ2+1931%2EACMS%2E%29&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/bxb3ovr Acesso em: 22 mar 2015.

114. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Plenário acolhe embargos em ação em ADI sobre planos de saúde. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=278093> Acesso em: 22 mar 2015.
115. Brasil. Supremo Tribunal Federal. ADI n. 1931-8 DJ. Med. Caut. Em Ação Direta de Inconstitucionalidade. Relator: Min. Maurício Corrêa. Brasília: STF; 21 ago 2003. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=347335>. Acesso em: 21 mar 2015.
116. Riani MK. Planos de saúde: a harmonização dos interesses na relação de consumo. Dissertação (Mestrado em Direito Empresarial) – Faculdade de Direito Milton Campo. Nova Lima; 2010.
117. Sarmiento D. Direitos fundamentais e relações privadas. Rio de Janeiro: Lúmen Júris; 2004.
118. Pessoa FMG, Santos RO. O controle judicial de políticas públicas na área de saúde: uma análise comparada Brasil x Argentina. Rev Evocati 2010; 54. Disponível em: http://www.evocati.com.br/evocati/interna.wsp?tmp_page=interna&tmp_codigo=416&tmp_secao=10&tmp_topico=direitoconst&wi.redirect=RJ55WJFK4UMKCTDNEUDC. Acesso em: 22 mar 2015.
119. Sarlet IW. A eficácia dos direitos fundamentais. 3ª ed rev ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2003.
120. Kligerman J. Bioética e Política de Saúde Pública. Rev Bras Cancer 1999; 45 (1). Disponível em: http://www.inca.gov.br/Rbc/n_45/v01/editorial.html. Acesso em: 11 fev 2018.
121. Schramm FR, Braz M, org. Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
122. Ladrière J. Del sentido de la bioética. Acta Bioethica 2000; 7 (2): 201-2. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726569X2000000200002&script=sci_arttext&tlng=e Acesso em: 22 mar 2015.
123. Sant'anna FHM. O papel do médico na sociedade ocidental do século XXI. Rev Arqu Cons Reg Med Curitiba 2009; 26 (104): 181-196. Disponível em: <https://www2.isend.com.br/iSend/external/magazineExport?bean.id=1360&client>. Acesso em: 20 mar 2015.
124. Barbas S. O Direito da Família Português: algumas características. Grupolusofona; 2014. Disponível em: http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/6419/jurismatesp_71-78.pdf?sequence=1 Acesso em: 22 mai 2018.

125. Samrsla M, Nunes JC, Kalume C, Cunha ACR, Garrafa V. Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em Hospital Público do Distrito Federal: estudo bioético. *Rev Assoc Med Bras.* 2007; 53(1): 47-52.
126. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Adota normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida. Resolução do CFM n. 1.358 de 19 de novembro de 1992. *Diário Oficial da União* 1992; seção I: 16053. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1992/1358_1992.htm. Acesso em: 25 mar 2015.
127. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n.1957/2010. A Resolução CFM n. 1.358/92, após 18 anos de vigência, recebeu modificações relativas à reprodução assistida, o que gerou a presente resolução, que a substitui *in totum*. *Diário Oficial da União*, 6 jan 2011; seção I:79. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1957_2010.htm Acesso em: 11 jun 2018.
128. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução do CFM n. 2.013, 09 mai 2013. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas a presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos e revoga a Resolução CFM n. 1.957/2010. *Diário Oficial da União*, 2013; seção I:119. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf. Acesso em: 11 jun 2018.
129. Brasil. Presidência da República. Lei da Biossegurança n.11105, de 24 mar 2005. Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB, revoga a Lei n. 8.974, 5 jan 1995, e a Medida Provisória n. 2.191-9, de 23 ago 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei n. 10.814, 15 dez 2003, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111105.htm Acesso em: 12 jun 2016.
130. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Novas regras de reprodução assistida destacam saúde da mulher e direitos reprodutivos para todos. Brasília; 2013. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23788:resolucao-de-reproducao-assistida-&catid=3. Acesso em: 25 mar 2015.
131. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Enunciados aprovados na I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, 15 mai 2014. São Paulo; 2014. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/eventos/I_jornada_forum_saude/_ENUNCIADOS%20APROVADOS%20NA%20JORNADA%20DE%20DIREIT%20O%20DA%20SADE%20-%20PLENRIA%2015-5-14_revisado%20Carmem%203.pdf. Acesso em: 25 mar 2015.

132. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n.2121/2015. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudarão a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos – tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM n. 2.013/13. Diário Oficial da União, 24 mai 2015; seção I:115. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2015/2121_2015.pdf Acesso em: 20 jun 2016.
133. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Mulheres com mais de 50 anos poderão utilizar técnicas de reprodução assistida desde que assumam riscos juntamente com o médico. Brasília:CFM: 22 set 2015. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25753:2015-09-22-15-52-49&catid=3. Acesso em: 20 jun 2016.
134. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 2.168/2017. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudam a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos –, tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM n. 2.121/15, Diário Oficial da União, 10 nov. 2017; seção I:73. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168> Acesso em: 11 jun 2018.
135. Yuan MJ. Watson e a assistência médica; 2012. Disponível em: <https://www.ibm.com/developerworks/br/industry/library/ind-watson/>. Acesso em: 20 jun 2016.
136. Pereira C. Mais rápido, mais seguro e mais preciso. Rev Isto é [online] 2017; 02 jun. Disponível em: <https://istoe.com.br/mais-rapido-mais-seguro-e-mais-preciso/>. Acesso em: 22 jan 2018.
137. Demartini M. Supercomputador da IBM será atendente do Bradesco em 2016. Rev Exame [online];2015.09 jun. Disponível em: <http://exame.abril.com.br/tecnologia/noticias/supercomputador-da-ibm-sera-atendente-do-bradesco-em-2016>. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168> Acesso em: 11 de jun 2018.
138. Declaração de Tel Aviv. Sobre responsabilidades e normas éticas na utilização da telemedicina; 1999. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/codetica/medica/27telaviv.html>. Acesso em: 11 de jun 2018.
139. Nunes R, Rego G. Questões ético-jurídicas da consulta médica por via telefônica. Parecer do Conselho Médico-Legal. Rev Centro Estudos Judiciários 2009;11: 235-241.

140. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Processo-Consulta CFM n. 1.738/95. Parecer n. 31/97. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2012/38_
141. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Telemedicina Einstein o que é a Telemedicina. Disponível em: <http://www2.einstein.br/Hospital/telemedicina/Paginas/o-que-e.aspx>.
142. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n.1643/2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Brasília;2002. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1643_2002.htm. Acesso em: 22 mai 2018.
143. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2.107/2014. Define e normatiza a Telerradiologia e revoga a Resolução CFM n. 1890/09. Diário Oficial da União, 17 dez 2014; seção I:157-8. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2014/2107_2014.pdf Acesso em: 22 mai 2018.
144. Castro Filho I. O humanismo e a tecnologia: um conflito do curso médico? Rev. méd. Minas Gerais 2012; 22 (4). Disponível em: www.rmmg.org/exportar-pdf/61/v22n4a12.pdf Acesso em: 22 mai 2018.
145. Carneiro MB, Gouveia VV. O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2004. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/medico_e_seu_trabalho/trabalho.PDF
146. Scheffer M, coordenador, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia médica no Brasil. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Conselho Federal de Medicina; 2013. v2 [Cenários e indicadores de distribuição].
147. Machado MH. Perfil dos médicos no Brasil: análise preliminar. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / CFM-MS / PNUD; 1996.
148. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Número de médicos aumenta no país, mas persistem desigualdades de distribuição e problemas na assistência. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27499:2018-03-19-18-08-57&catid=3 Acesso em: 22 mai 2018.
149. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 1, 28 jan 2002. Estabelece normas para a revalidação de diplomas de graduação expedidos por estabelecimentos estrangeiros de ensino superior. Disponível em: portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES012002.pdf Acesso em: 11 de jun 2018.
150. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n.1832/2008. Dispõe sobre as atividades, no Brasil, do cidadão estrangeiro e do cidadão brasileiro formados em Medicina por faculdade estrangeira e revoga as Resoluções CFM n. 1.615, de 9 de março de 2001, n. 1.630, de 24 de janeiro de 2002, n. 1.669, de 14 de julho de 2003 e n. 1.793, de 16 de junho de 2006. Diário Oficial da União, 25 fev 2008;

seção I:99-100.Disponível em:
http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2008/1832_2008.htm Acesso em:
 11 de jun 2018.

151. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS n. 278, de 17 de março de 2011. Estabelece processo apoiado em um instrumento unificado de avaliação e um exame para revalidação dos diplomas estrangeiros compatíveis com as exigências de formação correspondentes aos diplomas de médico expedidos por universidades brasileiras, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, com parâmetros e critérios isonômicos adequados para aferição de equivalência curricular e definição da correspondente aptidão para o exercício profissional da medicina no Brasil. Diário Oficial da União, 18 mar 2011; seção 1, 53: 12-18. Disponível em:
https://www.unir.br/noticias_arquivos/4151_portaria_interministerial_mec.doc_revalidacao_de_diploma_de_medico.pdf Acesso em: 11 de jun 2018.
152. Brasil.Presidência da República. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. Altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 out. 2013. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm Acesso em: 06 fev 2018.
153. Brasil.Conselho Nacional de Educação.Câmara de Educação Superior.Resolução CNE/CES n. 4, 7 nov 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.Brasília:CNE/CES; 2001.Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf> Acesso em: 11 de jun 2018.
154. Brasil.Presidência da República. Decreto n. 80281, 5 set 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d80281.htm Acesso em: 11 de jun 2018.
155. Brasil. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM n. 02 /2006, 17 mai 2006 Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=512-resolucao-cnrm-02-17052006&Itemid=30192 Acesso em: 11 de jun 2018.
156. Brasil. Conselho Nacional de Educação.Câmara de Educação Superior.Resolução CNE/CES n.1, 3 abr 2001. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação.Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/CES0101.pdf> Acesso em: 11 de jun 2018.
157. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 2.116/2015. Revogada pela Resolução CFM n. 2149/2016. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM n. 2.068/2013, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a

Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).Diário Oficial da União, 04 fev 2015; seção I:55. Disponível em: www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2015/2116_2015.pdf Acesso em: 11 de jun 2018.

158. Brasil.Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE n.3, de 22 jun 2016. Dispõe sobre normas referentes à revalidação de diplomas de cursos de graduação e ao reconhecimento de diplomas de pós-graduação stricto sensu (mestrado e doutorado), expedidos por estabelecimentos estrangeiros de ensino superior. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=44661-rces003-16-pdf&category_slug=junho-2016-pdf&Itemid=30192 Acesso em: 11 de jun 2018.
159. Brasil.Ministério da Educação.Portal Carolina Bori.Revalidação/Reconhecimento de diplomas estrangeiros.Disponível em: <http://carolinabori.mec.gov.br/> Acesso em: 11 de jun 2018.
159. 160.Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 2.149/2016. Homologa a Portaria CME n. 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Diário Oficial da União, 03 ago.2016; seção I:99. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2016/2149_2016.pdf Acesso em: 11 de jun 2018.
160. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 2.148/2016. Dispõe sobre a homologação da Portaria CME n. 01/2016, que disciplina o funcionamento da Comissão Mista de Especialidades (CME), composta pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que normatiza o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina. Diário Oficial da União, 03 ago. 2016; seção I:99.Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/Resolucao-cfm-2148-2016.htm> Acesso em: 11 de jun 2018.
161. Brasil. Conselho Federal de Medicina. 6 em cada 10 médicos do Brasil possuem pelo menos um título de especialista. Disponível em: http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27504:2018-03-19-19-57-24&catid=3 Acesso em: 22 mar 2018.
162. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde. Brasília: CONASS; 2011 (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, 2). Disponível em: www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_2.pdf Acesso em: 11 de jun 2018.
- 163.Costa NMS. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? Rev bras educ med 2007; 31(1)[online].Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000100004 Acesso em: 11 de jun 2018.

164. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1.834/2008. As disponibilidades de médicos em sobreaviso devem obedecer normas de controle que garantam a boa prática médica e o direito do Corpo Clínico sobre sua participação ou não nessa atividade. A disponibilidade médica em sobreaviso deve ser remunerada. Diário Oficial da União, 14 mar 2008; seção I: 195. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2008/1834_2008.htm Acesso em: 11 de jun 2018.
165. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Nascimento PAM, Maciente NA, Assis LRS, coord. Perspectivas profissionais: nível técnico e superior. Brasília: IPEA; 2013. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/radar/130704_radar_27_perspectivas_profissionais.pdf Acesso em: 11 de jun 2018.
166. Barbosa GA, Andrade EO, Carneiro MB, Gouveia VV, coordenadores. A saúde dos médicos. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2007. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/include/asaudedosmedicosdobrasil>. Acesso em: 11 de jun 2018.
167. Brasil. Estadão. Em 4 anos, número de processos por erro médico cresce 140% no STJ. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,em-4-anos-numero-de-processos-por-erro-medico-cresce-140-no-stj-imp-,1655442n> Acesso em: 22 mai 2018.
168. Carlotto MS, Palazzo LS. Síndrome de Burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. Cad Saúde Pública 2006; 22 (5):1017-1026.
169. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annual review of psychology 2001;52 (1): 397- 422.
170. Tamayo MR. Burnout: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho em profissionais da enfermagem[online]. Psicol Reflex Crit 2009; 22 (3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000300019 Acesso em: 11 de jun 2018.
171. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory. Evaluating stress: a book of resources 1997; 3: 191-218.
172. Arigoni F, Bovier P, Sappino AP. Trend in Burnout among Swiss doctors. Swiss Med Wkly 2010; 140: E1-E8.
173. Lima RAS, Souza AI, Galindo RH, Feliciano VO. Vulnerabilidade ao burnout entre médicos de hospital público do Recife. Ciênc. saúde coletiva 2013; 18 (4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000400018&script=sci_arttext Acesso em: 11 de jun 2018.
174. Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM e al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública; 2006.

- Disponível em:
<https://pdfs.semanticscholar.org/3af3/6f504d8dee727d022d674c68085c9d595428.pdf>
 Acesso em: 11 de jun 2018.
175. Pessotti I. A formação humanística do médico. *Med Ribeirão Preto* 1996; 29: 440 - 448. Disponível em: http://web.unifoa.edu.br/portal/plano_aula/arquivos/04342/A%20FORMA%C3%87%C3%83O%20HUMAN%C3%8DSTICA%20DO%20M%C3%89DICO.pdf
 Acesso em: 11 de jun 2018.
176. Almeida, EHR. Aspectos bioéticos da perícia médica previdenciária. *Rev Bioética* 2011; 19 (1):277- 298. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/618/637>>
 Acesso em: 11 de jun 2018.
177. Nunes R. *Bioética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2; 2010. [Colectânea Bioética Hoje, 18].
178. Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*; 1993. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/1997.v1n1/123-140/pt/>
 Acesso em: 11 de jun 2018.
179. Neves NC. *Ética para os futuros médicos: é possível ensinar?* Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2006. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/arquivos/etica_futuros_medicos.pdf
 Acesso em: 22 mai 2018.
180. Gracia D. *Pensar a Bioética: metas e desafios*. Tradução de Carlos Alberto Bárbaro. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2010.
181. Brasil. Decreto-Lei n. 7.955, de 13 de setembro de 1945. (Revogado pela Lei n. 3.268, de 1957.) *Diário Oficial da União*; 15 set 1945. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del7955.htm
 Acesso em: 11 de jun 2018.
182. Brasil. Conselho Federal de Medicina. *Relatório apresentado pelo presidente João Albuquerque ao Plenário do CFM*. Brasília: CFM; set 1959.
183. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1, de 17 dez 1957. *Diário Oficial da União. Poder Executivo*; 30 dez. 1957. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1957/1>
 Acesso em: 11 de jun 2018.
184. Paulo Zimbres. Disponível em: <http://servicos.iabdf.org.br/capes/textocomi.htm>
 Acesso em: 11 de jun 2018.
185. Malhotra NK. *Pesquisa de marketing*. 3ªed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

186. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 2.062, 29 nov 2013. Diário Oficial da União, 12 fev 2014; seção I :11. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2062_2013.pdf Acesso em: 11 de jun 2018.
187. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
188. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
189. Scheffer M, coordenador, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia médica no Brasil. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Conselho Federal de Medicina; 2011. v1. [Dados gerais e descrições de desigualdades]. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil.pdf> Acesso em: 11 de jun 2018.
190. Bitencourt AGV, Neves NMBC, Neves FBCS, Brasil ISPS, Santos LSC. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. Rev Bras Educ Med 2007; 31: 223-228.
191. Brasil. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Má prática e infrações éticas lideram o crescimento expressivo de processos; 2012. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2574> Acesso em: 05 dez 2017.
192. Santos MFO, Souza EHA, Fernandes MGM. Perfil dos médicos envolvidos em processos ético-profissionais, Paraíba de 1999 a 2009. Rev Bioética 2011; 19:787-797. Disponível em: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/620/696 Acesso em: 05 dez 2017.
193. Carvalho JMM. Erro Médico: perfil profissional; 2008. (Monografia) – Curso de Graduação em Medicina - Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, Florianópolis; 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/119423/255485.pdf?sequence=1> Acesso em: 06 dez 2016.
194. Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. Rev Texto contexto enferm. 2005; 14 (1): 106-10.
195. Moraes IM. A escolha do lugar onde morrer por estudantes e médicos: valores humanos e percepção de morte digna; 2014. (Dissertação) – Faculdade de Medicina - Universidade do Porto. Porto; 2014. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70492/2/28772.pdf> Acesso em: 05 dez 2016.
196. Mendonça VS, Custódio EM. Nuances e desafios do erro médico no Brasil: as vítimas e seus olhares. Rev Bioética. 2016; 24(1): 136-146. Disponível em http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1194/1419. Acesso em: 07 dez 2017.

197. Fé IAM. Conflitos éticos em psiquiatria. Portal médico. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/des_etico/18.htm Acesso em: 05 dez 2017.
198. Região Sudeste do Brasil. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Regi%C3%A3o_Sudeste_do_Brasil Acesso em: 11 de jun 2018.
199. Região Centro Oeste do Brasil. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Regi%C3%A3o_Centro-Oeste_do_Brasil Acesso em: 11 de jun 2018.
200. Almeida TA, Pimentel, D. Julgamento ético do médico em Sergipe, Brasil. Rev Bioética. Brasília 2016; 24 (1). Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1057/1393
201. São Paulo (estado). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP. Encontro dos CRMs das regiões sul e sudeste, 12. Responsabilidade Ético-Disciplinar do Médico: Suspensão e Cassação do Exercício Profissional; 2016. Anais... [Palestrante: Prof.Dr. José Renato Nalini]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/novaHome.php?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=3 Acesso em: 11 de jun 2018.
202. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.
203. D'ávila RL. O comportamento ético-profissional dos médicos de Santa Catarina: uma análise dos processos disciplinares do período de 1958 a 1996. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, Florianópolis; 1998. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/77811/108694.pdf?sequence=1> Acesso em: 11 de jun 2018.
204. Fragata JIG. Erro médico: a segurança dos doentes – indicador de qualidade em saúde. Rev Port Med Geral e Familiar 2010; 26 (6). Disponível em: <http://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10799> Acesso em: 11 de jun 2018.
205. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. Rev Bras Educ Médica 2005; 29 (2): 136-146. Disponível em: https://www2.ghc.com.br/ghc/Noticias/Not071105_01.pdf Acesso em: 05 dez 2017.
206. Marzano M, organizador. Dicionário do corpo. São Paulo: Loyola; 2012.
207. Gracindo GCL, Moreno LV. Medical Ethics Code: an analysis from ethical - disciplinary cases against medical professionals within the specialty of Psychiatry. International Archives of Medicine; fev 2018. Available at:

<<http://imedicalsociety.org/ojs/index.php/iam/article/view/2773>. Date accessed: 24 feb 2018. doi: <https://doi.org/10.3823/2552> Acesso em: 11 de jun 2018.

208. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 9ª ed. São Paulo: Loyola; 2010.
209. Garrafa V. De uma boética de princípios a uma bioética interventiva. Rev Bioética; 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533241011> ISSN 1983-8042 Acesso em: 20 jan 2017.
210. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. Bioethics 2003; 17 (5-6): 399 - 416.
211. Segre M, Cohen C, organizadores. Bioética. 3ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002.
212. Brasil. Conselho Regional de Medicina de São Paulo-CREMESP. Manual de ética em ginecologia e obstetrícia. Princípios bioéticos. Disponível em: http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=53&cod_publicacao=6 Acesso em: 20 jan 2017.
213. Torres AF. Bioética: o princípio da autonomia e o termo de consentimento livre e esclarecido. Jornal do Conselho Regional de Medicina da Paraíba, CRM-PB abr-jun 2007;72. Disponível em: www.crm-pb.org.br/index.php?option=com_content...principio... Acesso em: 22 jan 2017.
214. Carvalho M, Vieira AA. Erro médico em pacientes hospitalizados. Jornal de Pediatria 2002; 78 (4): 261-268. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n4/v78n4a04> Acesso em: 12 jan 2017.
215. Carvalhido R. O princípio da insignificância no direito penal. Disponível em: <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/4962/O-principio-da-insignificancia-no-Direito-Penal> Acesso em: 12 jan 2017.
216. Neves NC. A medicina para além das normas. Reflexões sobre o novo Código de Ética Médica. Brasília:CFM; 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/a%20medicina%20para%20alm%20das%0normas.pdf> Acesso em: 21 jan 2018.



Threats to bioethical principles in medical practice in Brazil: new medical ethics code period

G.C.L. Gracindo¹, J.H. da Silva Gallo² and R. Nunes¹

¹Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal
²Conselho Federal de Medicina, Brasília, DF, Brasil

Abstract

We aimed to outline the profile of medical professionals in Brazil who have violated the deontological norms set forth in the ethics code of the profession, and whose cases were judged by the higher tribunal for medical ethics between 2010 and 2016. This survey was conducted using a database formed from professional ethics cases extracted from the plenary of the medical ethics tribunal of the Federal Council of Medicine. These were disciplinary ethics cases that were judged at appeal level between 2010 and 2016. Most of these professionals were male (88.5%) and their mean age was 59.9 years (SD=11.62) on the date of judgment of their appeals, ranging from 28 to 95 years. Most of them were based in the southeastern region of Brazil (50.89%). Articles 1 and 18 of the medical ethics code were the rules most frequently violated. The sentence given most often was the cancellation of their professional license (37.6%) and the acts most often sentenced involved malpractice, imprudence, and negligence (18.49%). It is acknowledged that concern for the principles of bioethics was present in the appeal decisions made by the plenary of the medical ethics tribunal of the Federal Council of Medicine.

Key words: Bioethics; Ethics codes; Medical ethics; Threats

Introduction

The comprehension of moral issues within medical activity has been discussed since the days of Hippocrates. It involves elements that demarcate medical activities and signal the need for doctors to be aware of their responsibility towards patients and repair possible damages as a result of misconduct. Bioethical principles have become the fundamental basis for the development of professional practice and have come to dictate a particular way of defining and managing the values involved in the relationships between healthcare professionals and their patients (1). With time and consequent evolution of scientific and legal knowledge, views on the medical profession and its consequences for patients' lives have also changed (2).

These issues have been taken up especially by the field of ethics in professional medical practice. However, although applied ethics using the principles of bioethics has become a reality, violation of these deontological rules within the medical practice in Brazil has grown (3,4). Therefore, this subject is extremely important for the medical profession itself and especially for the Brazilian population. This is the consequence for the innumerable investigations and professional ethics cases opened within regional medical councils to investigate ethical violations both nationally (3,4) and internationally (5).

Several factors may be related to the increased numbers of cases. Among these, the following can be highlighted: a) greater awareness among the population regarding their rights; b) deterioration of working conditions, particularly in the public sector; c) influence of the media; d) deterioration of the quality of the doctor-patient relationship; and e) insufficient training for doctors at undergraduate and postgraduate levels, especially from the bioethics point of view (4).

However, there are only few studies investigating the profile of doctors who violate these principles within the Brazilian context. Studies with this objective were conducted previously (3,4), but all included a part of the medical population, generally from one specific regional medical council. Thus, investigations including the entirety of Brazilian territory are scarce. For example, Bitencourt et al. (3) analyzed ethical cases relating to medical errors, but only of doctors registered with the Regional Medical Council of Bahia. These authors observed that the majority of the cases involved male doctors, with a mean age around 40 years, and related to obstetrics and gynecology (23.2%) and general surgery (8.8%).

The ethical code of the medical profession includes 25 fundamental principles of the practice of medicine, 10 norms of medical rights, 118 deontological rules of

Correspondence: G.C.L. Gracindo: <ggiselle@portalmedico.org.br>

Received August 27, 2017 | Accepted December 11, 2017

ethics and four general provisions. Only transgressions of the deontological rules subject the professional to penalties provided by law. It needs to be highlighted that both the current (6) and previous codes of medical ethics (7) contain systematic guidelines that determine appropriate medical practice, and that were defined based on the principles of bioethics. Thus, decisions made by the Federal Council of Medicine (regulatory board of physicians in Brazil) in cases of professional ethics have corroborated that medical practice should be in line with these norms. Failure to do so would be a flagrant violation (6,7).

Infractions of this nature are judged by the Upper Tribunal for Medical Ethics of the Federal Council of Medicine. The tribunal is composed of 27 counsellors who are elected at assemblies of doctors in each state and one full member and his/her respective alternate representing the Brazilian Medical Association. This tribunal is the highest body within the Federal Council of Medicine and it has the power to judge appeals submitted based on decisions in professional ethics cases mostly made by the chambers of the Federal Council of Medicine, or based on decisions to revoke a professional license made by regional medical councils. Revocation of the license is the most severe penalty that is applied to doctors who have seriously violated the deontological norms and this always has to be imposed by the Federal Council of Medicine. License revocation is definitive and cannot be reversed.

Based on the above, the present investigation had the general aim of outlining the profile of Brazilian physicians who violated the deontological norms that are set forth in the professional ethics code and were judged by the Upper Tribunal for Medical Ethics of the Federal Council of Medicine between 2010 and 2016. In addition to highlighting the theoretical importance of the established bioethical principles, the present study also sought, at a practical level, to deepen the knowledge about the judicial actions of the Federal Council of Medicine plenary court and, especially, its analysis on these appeals, thus establishing a descriptive portrayal of the data.

Material and Methods

Sample

The Federal Council of Medicine had 429,353 medical professionals registered in 2016. Considering that professionals can have more than one registration (the legislation requires that doctors are registered in each federal state in which they practice), the overall population for this study was the sum of active primary (429,353) and secondary registrations (36,821), thus totaling 466,174 registrations. The medical population consisted of 241,588 men (56.27%) and 187,765 women (43.73%), while the number of registrations was distributed between 265,425 men (61.82%) and 200,749 women (46.75%). Currently, the largest proportion of registered professionals are located in

the state of São Paulo (129,326; 27.74%), followed by the state of Rio de Janeiro (64,818; 13.9%) and Minas Gerais (49,455; 10.61%), including both primary and secondary registrations.

Between 2010 and 2016, 2,616 appeals were filed with the Federal Council of Medicine, and a further 414 had already been filed before the study period and were awaiting judgment. Thus, the total number was 3,030 appeals, of which 224 were judged by the plenary body and 2449, by the chambers of the Federal Council of Medicine. Thus, 357 appeals were still awaiting judgment at the end of this period.

The sample for the present study consisted of 206 appeals and 19 referrals, thus totaling 224 appeals from doctors and/or patients that were submitted for judgment by the plenary body of the Upper Tribunal for Medical Ethics of the Federal Council of Medicine, taking into consideration cases that were judged between April 13, 2010, and August 3, 2016. These data were obtained in 2016 from the Federal Council of Medicine database and through consulting the decisions handed down by the plenary body of the Upper Tribunal for Medical Ethics. Three databases were used in the present study: cases (224), doctors sued (191) and cases/penalties (146).

Procedures

This survey used the database of professional ethics cases judged at appeal level by the plenary body obtained from the Federal Council of Medicine. In addition, demographic distribution data were also gathered. Cases were named appeals if filed by the applicant, and referrals if even without any manifestation of the parties are judged ad referendum by the Plenary of the Federal Council of Medicine, as the penalty is license revocation, under the terms of the law (8).

Cases that were opened at the first court level by regional medical councils before 2010 but received final judgment by the plenary body of the Federal Council of Medicine during this period were taken into consideration. The starting date for this study (April 13, 2010) was the date on which it was enforced the new medical ethics code.

The results are presented as frequencies in the following order: age group at the time of the judgment; gender; federal state; medical specialty; article of the medical ethics code of 2009 that was more often violated; penalty applied; and the year of sentence.

It should be mentioned that the judgments of the chambers of the Upper Tribunal for Medical Ethics of the Federal Council of Medicine were not used. Rather, only the appeals to the plenary body were used. The results from the latter take precedence over judgments in professional ethics cases handed down as majority decisions by the chambers of the Federal Council of Medicine, or over judgments to revoke professional licenses handed down by regional medical councils. The powers of the Upper Tribunal for Medical Ethics are regulated through

resolutions by the Federal Council of Medicine and the law that created this body.

Data analysis

Data were analyzed using the Excel and SPSS (version 21, USA) statistical packages. Descriptive statistics such as the mean, standard deviation and frequency counts were used.

Results

One hundred and ninety-one doctors were cited in appeals. Sometimes the same doctor appeared in two or more different cases, and this information was taken into consideration in the results. Most of the professionals were male (88.5%) and their mean age was 59.9 years (standard deviation, SD=11.62), ranging from 28 to 95 years. Table 1 presents the distribution according to gender and age in a more detailed manner.

Table 1 shows that most of these doctors were in the age group from 56 to 65 years at the time when their cases were judged, corresponding to 0.067% of the male doctors and 0.011% of the female doctors of the total number of doctors registered during the study period.

The distribution of the cases according to regions of Brazil and the federal states is shown in Table 2. The majority of professionals cited in cases were located in the Southeastern region (50.89%), followed by the Central-Western region (20.09%), Southern region (11.16%), Northeastern region (9.82%), and Northern region (8.03%). The distribution according to the states was as follows: São Paulo (28.1%), Rio de Janeiro (12%), Minas Gerais (9.4%), Goiás (7.1%), and Paraná, Pernambuco, Santa Catarina, and Mato Grosso (4.4% each). Furthermore, the proportion of the total number of doctors of southeastern region was 0.05% for men, and 0.01% for women.

The specialties for which there were penalties are detailed in Table 3. It should be noted that the data include three cases of preventive interdictions, but these are not considered penalties. The articles of the ethical code most

often infringed were 18, 1, 30, 14, and 40. The infraction of article 18 is "Disobeying or disrespecting the judgments and resolutions of the Federal and Regional Councils of Medicine", which is a general regulation. The second and third most infringed articles were "Causing harm to patients through action or omission that could be characterized as malpractice, imprudence or negligence" and "Using the profession to corrupt customs or commit or favor crime". It is also important to mention that article 14 was the most severely punished, since it had the largest number of license cancellations. The category "Others" corresponds to articles that were infringed less than ten times. The table correlating the articles of the medical ethics codes of 1988 and 2009 was used in the judgments in this study. In summary, Table 4 presents the total frequencies and numbers by penalty.

Regarding court decisions, the most frequently made in relation to the appeals were license cancellation (37.6%); absolution (15.7%); public censure in an official publication (11.7%); suspension of professional practice for up to 30 days (7.6%); and confidential censure (5.3%). A significant number of appeals (21.42%) were judged not to have merit and were described as annulled, extinguished, revised, etc. There were low frequencies of revision, partial interdiction, total interdiction and revocation decisions (1.78%) (Table 5).

Data are reported as number and percent of n=224.

The data of Table 6 show that the acts most often punished were malpractice, imprudence and negligence (18.49%), followed by medical advertising (10.27%) and disrespect of the patient's modesty (10.27%).

Discussion

The present study had the main objective of outlining the profile of doctors who violated the deontological norms set forth in the professional code of ethics between 2010 and 2016. The results show that most appeals heard by the plenary body of the Upper Tribunal for Medical Ethics of the Federal Council of Medicine involved male professionals and in the age group from 56 to 65 years.

Table 1. Age groups of doctors with a lawsuit according to gender.

Age group	Men		Women		Total	
	n	%	n	%	n	%
25 to 35 years	1	0.6	1	4.5	2	1
36 to 45 years	18	10.7	6	27.3	24	12.6
46 to 55 years	38	22.5	4	18.2	42	2
56 to 65 years	52	30.8	10	45.5	62	32.5
66 to 75 years	47	27.8	1	4.5	48	25.1
76 years and over	13	7.7	–	–	13	6.8
Total	169	88.48	22	11.51	191	100

Data are reported as number and percent of n=191 doctors.

Table 2. Medical lawsuits per Brazilian region and federal state.

Federal region and state	Men		Women		Total	
	n	%	n	%	n	%
Central-Western region	42	93.33	3	6.66	45	20.08
Federal District	7	3.5	–	–	7	3.1
Goiás	15	7.5	1	4.3	16	7.1
Mato Grosso	11	5.5	1	4.3	12	5.4
Mato Grosso do Sul	9	4.5	1	4.3	10	4.5
Northeastern region	19	86.36	3	13.63	22	9.82
Bahia	4	2.0	1	4.3	5	2.2
Ceará	4	2.0	–	–	4	1.8
Pernambuco	8	4.0	2	8.67	10	4.5
Rio Grande do Norte	3	1.5	–	–	3	1.3
Northern region	17	94.44	1	5.55	18	8.03
Acre	1	0.5	–	–	1	0.4
Amapá	1	0.5	–	–	1	0.4
Amazonas	5	2.5	1	4.3	6	2.7
Pará	5	2.5	–	–	5	2.2
Rondônia	2	0.9	–	–	2	0.9
Tocantins	3	1.5	–	–	3	1.3
Southeastern region	100	87.71	14	12.28	114	50.89
Espírito Santo	2	1.0	1	4.3	3	1.3
Minas Gerais	19	9.5	2	8.7	21	9.4
Rio de Janeiro	24	11.9	3	13.0	27	12.1
São Paulo	55	27.4	8	34.8	63	28.1
Southern region	23	92.0	2	8.0	25	11.16
Paraná	9	4.5	1	4.3	10	4.5
Rio Grande do Sul	5	2.5	–	–	5	2.2
Santa Catarina	9	4.5	1	4.3	10	4.5
Total	201	89.73	23	10.26	224	100

Data are reported as number and percent of n=224 cases.

These results are concordant with the findings from previous studies (3,4,9,10), which showed similar profiles.

It needs to be noted that the number of male doctors registered was greater, and the number of registrations at the time of the infraction is relevant. However, this situation has been changing, given that the number of active female registrations in 2016 is significantly greater. Increasingly more women, and more women than men, are now graduating as doctors, which indicates that a "feminization" of the profession is taking place. Therefore, this debate should be deepened in the new future, given that this population might have different professional practice characteristics, choices of workplace, and specialization preferences than found in the present study (10).

The States of São Paulo and Rio de Janeiro were the states with the largest numbers of appeals submitted for judgment by the plenary body. In addition to having the largest number of registered doctors in Brazil, another reason for having more cases might be a greater rigor displayed by the regional councils in these states. However, the data

gathered could not confirm this hypothesis. Moreover, these states are in third and second place, respectively, in relation to the ratio of doctors per 1000 inhabitants (2.7 for São Paulo and 3.75 for Rio de Janeiro), and only behind the Federal District, which has 4.28 doctors per 1000 inhabitants (9,10).

The actions of malpractice, imprudence or negligence resulting from poor or adverse results from medical practice due to action or omission by the doctor were the most often punished. This indicates that classical medical errors in which the doctor is answerable because of inappropriate conduct have been punished with greater rigor. These results are in line with studies from Brazil (3,4) and from other countries (5), which have placed malpractice, imprudence or negligence as the main reasons for professional misconduct among doctors.

On the other hand, unethical medical advertising is also unacceptable. This infraction generally consists of presenting patients with promises of cure through miraculous treatments and medications, usually without scientific

Table 3. Specialty or field of activity of doctors with infractions.

Specialty	Men		Women		Total	
	n	%	n	%	n	%
Obstetrics and Gynecology	27	20.1	1	8.3	28	19.1
Internal Medicine	17	12.7	2	16.7	19	13.0
Plastic Surgery	15	11.2	3	25.0	18	12.3
Healthcare Administration	15	11.2	1	8.3	16	11.0
Endocrinology	10	7.5	3	25.0	13	8.9
Psychiatry	6	4.5	–	–	6	4.1
Ophthalmology	6	4.5	–	–	6	4.1
Forensic Medicine and Medical Examiner	6	4.5	–	–	6	4.1
Cardiology	5	3.7	1	8.3	6	4.1
Pediatrics	3	2.2	1	8.3	4	2.7
Urology	3	2.2	–	–	3	2.1
Radiology and Imaging diagnostics	2	1.5	1	8.3	3	2.1
Geriatrics and Gerontology	3	2.2	–	–	3	2.1
Anesthesiology	3	2.2	–	–	3	2.1
Rheumatology	2	1.5	–	–	2	1.4
Orthopedics and Traumatology	2	1.5	–	–	2	1.4
Vascular Surgery	2	1.5	–	–	2	1.4
Digestive Tract Surgery	2	1.5	–	–	2	1.4
Hematology and Hemotherapy	–	–	–	–	2	1.4
General Surgery	1	0.7	–	–	1	0.7
Head and Neck Surgery	1	0.7	–	–	1	0.7
Cancerology	1	0.7	–	–	1	0.7
Total	134	100	12	100	146	100

Data are reported as number and percent of n=146.

Table 4. Articles of the 2009 medical code of ethics that were infringed.

Article	Total	License cancellation	Publicly censured	Suspended for 30 days	Confidential censure	Confidential warning
18	38 (8.19%)	22 (6.83%)	8 (11.76%)	1 (2.56%)	7 (23.33%)	0 (0.0%)
1	34 (7.33%)	20 (6.21%)	7 (10.29%)	6 (15.38%)	1 (3.33%)	0 (0.0%)
14	27 (5.82%)	25 (7.76%)	1 (1.47%)	1 (2.56%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
30	26 (5.60%)	22 (6.83%)	2 (2.94%)	2 (5.13%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
40	18 (3.88%)	15 (4.66%)	2 (2.94%)	0 (0.0%)	1 (3.33%)	0 (0.0%)
32	17 (3.66%)	9 (2.80%)	5 (7.35%)	3 (7.69%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
38	17 (3.66%)	16 (4.97%)	1 (1.47%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
112	16 (3.45%)	12 (3.73%)	3 (4.41%)	1 (2.56%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
111	15 (3.23%)	10 (3.11%)	2 (2.94%)	1 (2.56%)	2 (6.67%)	0 (0.0%)
51	14 (3.02%)	4 (1.24%)	5 (7.35%)	0 (0.0%)	5 (16.67%)	0 (0.0%)
68	14 (3.02%)	9 (2.80%)	2 (2.94%)	3 (7.69%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
17	12 (2.59%)	9 (2.80%)	1 (1.47%)	0 (0.0%)	2 (6.67%)	0 (0.0%)
21	11 (2.37%)	9 (2.80%)	1 (1.47%)	1 (2.56%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
15	10 (2.16%)	9 (2.80%)	0 (0.0%)	1 (2.56%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
31	10 (2.16%)	9 (2.80%)	0 (0.0%)	1 (2.56%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
102	10 (2.16%)	8 (2.48%)	0 (0.0%)	1 (2.56%)	1 (3.33%)	0 (0.0%)
Others*	175 (37.32%)	114 (35.40%)	28 (41.18%)	17 (43.59%)	11 (36.67%)	5 (100.0%)

Data are reported as number and percent of n=146 cases with penalty. *Articles with n < 10 violations.

Table 5. Decisions of the Federal Council of Medicine by gender.

Decision	Men		Women		Total	
	n	%	n	%	n	%
License cancellation	78	38.8	5	21.7	83	37.1
Absolved	26	12.9	7	30.4	33	14.7
Publicly censured	23	11.4	2	8.7	25	11.2
Suspended for 30 days	15	7.5	2	8.7	17	7.6
Unknown	19	9.5	1	4.3	20	8.9
Accepted	8	4.0	–	–	8	3.6
Revision	3	1.5	–	–	3	1.3
Judgment annulled	3	1.5	1	4.3	4	1.8
Confidential censure	10	5.0	2	8.7	12	5.4
Confidential warning	4	2.0	1	4.3	5	2.2
Extinguished	7	3.5	2	8.7	9	4.0
Total interdiction	2	1.0	–	–	2	0.9
Partial interdiction	1	0.5	–	–	1	0.4
Revoked interdiction	1	0.5	–	–	1	0.4
Total or definitive suspension	1	0.5	–	–	1	0.4
Total	201	100	23	100	224	100

Data are reported as frequency and percent.

Table 6. Actions most often punished.

Acts	Frequency	Percent
Malpractice/imprudence/negligence	27	18.49
Advertising	19	13.01
Disrespect for patient's modesty	15	10.27
Abortion and committing a crime	9	6.16
Unfair competition	9	6.16
Disrespect for patient's modesty and committing a crime	9	6.16
Unrecognized treatment	9	6.16
False testimony	6	4.10
Exploitation of medical work	6	4.10
False testimony and committing a crime	3	2.05
Irregular death certification	2	1.36
Improper charging of fees	2	1.36
Committing a crime	2	1.36
Exaggeration of diagnosis or prognosis	2	1.36
Interaction between pharmacy and medicine	2	1.36
Advertising and interaction between pharmacy and medicine	2	1.36
Others	23	15.75
Total	146	100

Data are reported as frequency and percent.

basis or against evidence-based medicine, thus putting the population's health at risk. However, a considerable proportion of these doctors are penalized for acts that are more related to character and honesty than to technical training, thus proving that dishonest behavior is considered irremediable and beyond the educational effect of mild penalties (11).

Our data indicate that infractions were not committed by specialists, i.e., doctors holding specialist titles, but rather by general doctors practicing that specialty. Obstetrics and gynecology, internal medicine, plastic surgery and healthcare administration are highlighted in this regard. The first three are among the specialties most sought by patients, within both the public healthcare system and

private care (12,13), which might explain the high numbers. However, healthcare administration, which is not a specialty but a field of activity, is a matter of concern. Failure of healthcare administration doctors to adhere to ethical standards can affect the whole organization including patients, employees, peers and all healthcare professionals both directly and indirectly (14,15). A specific code of ethics for healthcare managers would be of great value.

Even though the data analyzed came from appeals judged between 2010 and 2016, most of the infractions were committed before this period. Therefore, as future

directions, a study seeking to overcome this limitation, taking the present study as a basis for comparison, is recommended.

In conclusion, a concern for bioethics principles is present in appeal decisions submitted to the plenary body of the Upper Tribunal for Medical Ethics of the Federal Council of Medicine. The results found in this research show that physicians who violate the Brazilian legislation (6) within their professional practice, deliberately or unwittingly, careless of their patients' wellbeing, and/or not respecting patient's autonomy, are being punished by the Brazilian Federal Council of Medicine.

References

1. Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. 7th edn. New York: Oxford University Press; 2013.
2. Carvalho BR, Ricco RC, Santos R, Campos MAF, Mendes ES, Mello ALS, et al. Erro médico: implicações éticas, jurídicas e perante o código de defesa do consumidor. *Rev Cien Med* 2012; 15: 539–546.
3. Bitencourt AGV, Neves NMBC, Neves FBCS, Brasil ISPS, Santos LSCS. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. *Rev Bras Educ Med* 2007; 31: 223–228, doi: 10.1590/S0100-55022007000300004.
4. D'ávila RL. *O comportamento ético-profissional dos médicos de Santa Catarina: uma análise dos processos disciplinares do período de 1958 a 1996*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1998. Available at: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Accessed January 14, 2018.
5. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Editors). *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press; 2000.
6. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM No. 1931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica*. (Publicada no Diário Oficial da União. Brasília, No. 183, p. 9024 September, 2009. Seção 1). Available at: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Accessed August 21, 2016.
7. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM No. 1246, de 8 de janeiro de 1988. Aprova o Código de Ética Médica*. (Publicada no Diário Oficial da União. Brasília, 26 Janeiro, 1988. Seção 1:1574-7). Available at: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1988/1246_1988.htm. Accessed August 21, 2016.
8. Brasil. Lei No. 3268, de 30 de setembro de 1957. *Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências*. (Publicada no Diário Oficial da União. Brasília, 1 October 1957). Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3268.htm. Accessed October 21, 2017.
9. Carneiro MB, Gouveia VV. *O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2004.
10. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. *Demografia médica no Brasil 2015*. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2015.
11. Fagundes MJD, Soares MGA, Diniz NM, Pires JR, Garrafa V. Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. *Cien Saúde Colet* 2007; 12: 221–229.
12. Martins EMLR, Albuquerque PC, Oliveira Junior FJM, Figueiredo Filho DB. Política de Residência Médica e Carência de Especialistas em Ginecologia e Obstetria no SUS em Pernambuco; 2017; 15; 3: 843–856. Available at: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf. Accessed January 14, 2018.
13. <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/12/levantamento-aponta-servicos-do-sus-mais-procurados-por-usuarios-de-planos>. Accessed January 14, 2018.
14. Carvalho Fortes PA, Zoboli ELCP. *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Edições Loyola; 2003.
15. Brandão C, Rego G, Duarte I, Nunes R. Social responsibility: A new paradigm of hospital governance? *Health Care Anal* 2013; 21: 390–402, doi: 10.1007/s10728-012-0206-3.

Medical Ethics Code: an Analysis from Ethical-Disciplinary Cases Against Medical Professionals within the Specialty of Psychiatry

ORIGINAL

Giselle Crosara Lettieri Gracindo¹,
Leda Virgínia Alves Moreno²

1 Federal Medical Council, Brasília, Brazil.
2 Pontifical Catholic University of São Paulo, Brazil.

Abstract

Objective: To identify the nature of infractions committed by doctors working within the field of psychiatry, between 2010 and 2016, from the scope of appeals within ethical-disciplinary cases judged at the Plenary Tribunal of the Federal Medical Council, based on the medical ethics code, and to list some elements that make it possible to outline the professional profile of those involved.

Method: This was a document-based investigation in the form of a retrospective and descriptive study. Data were gathered using the Federal Medical Council (CFM) database and from consultation of judgments issued by the Plenary Body of the Medical Ethics Tribunal (TSEM), of the CFM. The investigation used a sample consisting of 206 appeals and 19 referrals, totaling 224 appeals by doctors who underwent trials. We took into account cases judged between April 13, 2010 and August 3, 2016. Three databases were used in the investigation: cases (224); doctors facing charges (191) and cases/penalties (146). Based on the records of the 191 doctors charged, the ethical-disciplinary cases of seven doctors working in psychiatry were analyzed specifically for the present study, whether or not they had a specialist title. Characterization of infractions committed encompassed references to the articles of the medical ethics code most frequently infringed in the field of psychiatry, along with a survey of the motives for these infractions and some characteristics relating to these professionals' profile.

Results: Among the findings from this investigation, infractions of the articles of the medical ethics code can be highlighted, such as ar-

Contact information:

Giselle Crosara Lettieri Gracindo.

Address: SQS 111, block b, apartment 13. CEP: 70374-020. Brasília, DF.
Tel: +55 61 99217-2218.

✉ g Wallace1@gmail.com

ticle 30 “[...] *Use of the profession to corrupt customs and to commit or favor crime [...]*” and article 40 “[...] *Taking advantage of situations arising from the doctor-patient relationship to obtain physical, emotional, financial or any other advantage [...]*”. The professional profile of those involved in these cases was also shown: the average age was 49.8 years, and all of these professionals were male. The mean length of time since graduation among the psychiatrists with appeals to the plenary body of the TSEM was 31.2 years at the time of judgment. The punishment handed down most frequently was to strike these professionals off the register, reaching the percentage of 42.9%. Among the five professionals with specialist titles, four complemented their studies with specializations, after the episode that originated the ethics charges.

Conclusion: The data gathered showed that the professionals were punished for irregularities in the sphere of ethics, including issues going beyond technical and/or scientific competence. This makes it possible to highlight that punishments proportional to the seriousness of the infraction act were applied, along with the importance of bioethics in medical training and the need for specialization, from the results of the judgments on ethical-professional cases before the plenary body of the TSEM.

Keywords

Bioethics; Medical Ethics Code; Professional Conduct; Medical Ethics; Psychiatry Specialty.

Introduction

In Brazil, the Federal Constitution states that “the exercise of any work, trade or profession is free”, but with the reservation that this is so, provided that “the professional qualifications that the law establishes are complied with” [1]. For doctors to be legally qualified to practice the profession, they must have diplomas issued by official medical schools or that are recognized in this country, along with registration in the respective Regional Medical Councils [2].

The Federal Medical Council (CFM), together with the Regional Medical Councils (CRMs), are autarchic entities regulated by means of decree [3]. Their primary function is to monitor, inspect and evalua-

te the professional practice of doctors who work in different branches of medicine in Brazil, and to judge any infractions, based on the medical ethics code [4].

Therefore, the Medical Councils are important bodies for defending society with regard to the population’s health, with the purposes of inspection and standardization of medical practice, defense of ethical professional practice and good technical and humanistic training, and quality assurance regarding provision of medical services [5].

The medical profession needs to be connected to ethically committed behavior, and to be practiced with humanity and sensitivity, case by case, respecting patients and society. According to Sarlet

[6], to construct a true medical subject, (...) morality, ethics, rectitude of character, sincere empathy, welcoming otherness, social conscience (...) are indispensable requirements.

The councils are composed of a collegiate body of doctors who are elected by their regularly registered peers through direct secret election, by an absolute majority of votes, in accordance with the councils' internal regulations [7]. They are structured into chambers and plenary bodies for the purpose of adjudicating complaints against doctors who violate medical ethics, within a system of norms that assures counter-argument and full defense, with the means and appeals inherent to this, in compliance with the fundamental rights and guarantees provided for in the Brazilian Constitution [1].

The norms for protecting ethics judgments are drawn up by the peers themselves [7], including with public consultation to the population. These discipline ethical medical action and establish the configuration of doctor-patient relationships, as well as the duties and rights of these professionals, thus regulating the entire process of the cases in sphere of ethics. Ethical practice is called the medical ethics code (CEM) [4] and the procedural process, i.e. the rite of the judgments, is called the Code of Ethical-Professional Process (CPEP) [8].

Regarding the task of judging appeals relating to matters of ethical nature that are placed before the CFM, the composition and organization of the CFM comprises plenary bodies and chambers. For example, the Higher Medical Ethics Tribunal (TSEM) deals with appeals for acquittal or in relation to disciplinary penalties imposed on doctors by the regional councils. These penalties may range from a confidential warning to striking these professionals off the register. The competence of TSEM is set forth in CFM resolutions and in the law that created medical councils [2].

Appeals to the plenary body are placed as a consequence of decisions handed down in ethical-professional cases that were determined by means

of a majority vote in the chambers of the CFM; or decisions to annul professional practice that were issued by regional councils (CRMs); or decisions submitted to the chambers regarding decisions reached unanimously in the ethical-professional cases by the chambers of the CRMs; or decisions handed down by a majority or unanimously in ethical-professional cases heard by the plenary body of the CRMs [8]. The procedures of ethical-professional cases take place under conditions of confidentiality.

The specialty of psychiatry

As provided by law 3.268/1957, which is in force in Brazil [2], a doctor with a diploma registered in a Regional Medical Council (CRM) may work in any field, even without a specialist title. Consequently, CFM has been unable to create a norm to make it compulsory that acts within the field of psychiatry can only be performed by doctors with this title. However, this reality may change through the regulations of the normative competencies of CFM, as prescribed by law 12.842/2013, also known as the Law of Medical Acts [9].

In Brazil, there is still no legal requirement for a specialist title in Psychiatry, although the main goal of this specialty encompasses relief of suffering and mental wellbeing of patients. The legislation in force [2] only determines that, in order to announce actuation in any branch or medical specialty, professionals need to be registered in the CRM. Regarding the specialty, the CFM norms recommend that, to perform procedures, doctors need to have specific training. This indispensably includes training of three years and a title obtained through a medical residency program in psychiatry (CNRM) or through a competition arranged jointly by the Brazilian Medical Association (AMB) and the Brazilian Association of Psychiatry (ABP) [10], among other recommendations and determinations defined in related resolutions.

However, it needs to be stressed, as mentioned before, that law 12.842/2013 discipline the super-

visory attributes of CRMs and the CFM, encompassing inspection and control of procedures of an experimental nature when these do not meet the requirements determined by that law [9]. In this context, the CFM is expressly authorized to lay down norms regarding medical procedures, and may also consent to them through requiring that doctors practicing them have a certain degree of technical knowledge. The CFM may also prohibit doctors who do not have a specialist title from performing certain procedures. One example of this power/duty is the recent CFM resolution 2.113/2014 [11], which was issued because of the need to control both patients and doctors involved with compassionate therapy using cannabidiol. This resolution established that only medical specialists in neurology and its areas of practice, or in neurosurgery or psychiatry, may prescribe cannabidiol for treatment of childhood and adolescent epilepsy, when this is refractory to other treatments.

It is also worth mentioning the recent decree 8.516/2015, which was issued to regulate training in relation to the National Registry of Specialists, with the objective of providing support for the Ministries of Health and Education, as a source of information for setting parameters for actions within Public Health and healthcare training [12]. This register will have official information regarding the medical specialty of each medical professional, coming from the databases of the National Commission of Medical Residency (CNRM), the CFM, the Brazilian Medical Association (AMB) and specialties related to these bodies. The same decree also establishes a Joint Commission of Specialties, within the scope of the CFM, and gives it the competence to define the country's medical specialties, by consensus. In this, the CNRM has the responsibility to determine the competence matrix for the training of specialists within medical residency [12].

In 2013, given the importance of this topic, the CFM consolidated several resolutions in the field of psychiatry, reiterating the universal principles of

protection for human beings, defense of private medical acts performed by psychiatrists and the minimum safety criteria for hospitals or psychiatric care of any kind, while also defining a model for anamnesis and expert script within psychiatry [13].

Psychiatry fulfills a well-defined social function, which makes it distinct from other areas of medicine. It seeks to affirm the dominant values in social and human relations. Costa, quoting Reinaldo (2004), [14] stated that: "[...] psychiatry directly affects the bodies of people; it is a reality that plays a role in transformation of the subject, thus taking on the burden of his life and guiding his existence [...]".

For the most part, this specialty treats vulnerable patients, while always facing the dilemma of exercising its authority and, at the same time, respecting the decisions of its patients, who often present reduced autonomy due to their disease.

Koerich [15] accurately observed that, in the case of the mentally ill, daily practice is confronted with the complication that some mental illnesses affect the thought process. Thus, "[...] information and consent may be greatly altered by the way the patient interprets the doctor's words and integrates them into his pathological system." Likewise, Wijnendaele [16] pointed out that "certain serious mental illnesses are accompanied by a decrease in consciousness, i.e. in the ability of patients to perceive the pathological nature of their condition."

In turn, the actions of bodies such as the ABP has great relevance in regulating medical practice within the specialty of psychiatry. However, ultimately, it is up to the plenary body of the TSEM to judge ethics cases against doctors with or without specialist titles, and to make judgments. It may apply penalties ranging from confidential warnings in the form of a notice of reservation (the most lenient penalty) to cassation of the professional practice (the most severe penalty). Although psychiatry is not among the medical specialties that present

the highest numbers of ethics lawsuits [17], it is not free from violations of ethical precepts.

In this light, the present paper aimed to identify the nature of the infractions committed by doctors practicing within the field of psychiatry, between 2010 and 2016, from the scope of the appeals against ethical-disciplinary cases judged at the plenary tribunal of the CFM, based on the medical ethics code. This paper also aimed to list some elements that would make it possible to outline the professional profile of those involved.

Method

Sample

The sample was composed of seven ethics cases judged by the plenary body of the TSEM, in which the professional was either a psychiatry specialist or acted within this specialty in the episode that caused the case to be brought. The mean age of the doctors thus charged was 49.8 years (SD = 10.2) when the episode occurred. All of these professionals were male.

Procedure

This study comprised a survey, in which ethical-professional cases in the field of psychiatry were extracted from the CFM database. Its scope consisted of ethical-disciplinary cases that were judged at appeal level, i.e. appeals and referrals in ethical-professional cases, (in office or out of office), by the plenary body of the CFM. Cases judged between 2010 and 2016 were considered, and specifically from April 13, 2010, to August 3, 2016. Cases that were opened at the primary level at CRMs before 2010 received their final judgments from the federal plenary body during this period.

Data analysis

Data were analyzed using the Excel and SPSS (version 21) statistical software. Descriptive statistics

were used, such as mean, standard deviation and frequency.

Results

Among the psychiatrists with appeals to the plenary body of the TSEM, the mean length of time since graduation was 24.6 years (SD = 9.97) when the episode occurred, 29.7 (SD = 9.8) when the case was opened and 31.2 (SD = 9.8) at the time of the judgment, such that the mean time that elapsed between the occurrence of the episode and the beginning of the case was 5.1 years (SD = 2.3), as shown in **Table 1**. The mean time taken for the judgment to be reached was 1.7 years (SD = 0.8), from the date when the case began, for the plenary body of the TSEM to issue a ruling on the case.

The mean age of the doctors at the time of the judgment was 56.6 (SD = 10.5). It was 49.8 (SD = 9.8) at the time when the episode occurred, and 55 (SD = 10.2) at the time when the case was opened, as shown in **Table 2**.

Among the seven cases analyzed, only in three of them did the doctors have a specialization title in psychiatry. The other four doctors concluded their specializations after the infraction occurred and one of these specialized in another field.

Table 1. Relationship between the length of time since the doctor graduated and the cases and penalties (n = 7).

Individuals' length of time since graduation	years	Mean length of time since graduation
When the episode occurred	03 - 25(2) - 28(2) - 29 - 34	24.6
When the case was opened	08 - 30 - 31 - 33 - 35(2) - 36	29.7
At the time of the judgment	10 - 30 - 32 - 36(2) - 37 - 38	31.2

Source: Federal Medical Council, 2010-2016.

Table 2. Relationship between the doctors' mean age and the cases and penalties (n = 7).

Individuals' ages	years	Mean age
When the episode occurred	29 - 48 (2) - 53 - 54 - 56 - 61	49.8
When the case was opened	34 - 54 - 56 (2) - 60 - 62 - 63	55
At the time of the judgment	36 - 55 - 56 - 59 - 61 - 64 - 65	56.6

Source: Federal Medical Council, 2010-2016.

Furthermore, the articles of the CEM that were infringed were noted, including the possibility that more than one infraction per case could exist. These results are shown in **Table 3**.

As shown in **Table 3**, the articles most often infringed were numbers 30 and 40, which state, respectively

Table 3. Quantification of articles of the medical ethics code that were infringed, between 2010 and 2016.

Article number	Total	
	N	%
30	3	21.4
40	3	21.4
14	2	14.2
102	1	7.1
35	1	7.1
58	1	7.1
80	1	7.1
81	1	7.1
77	1	7.1

Source: Federal Medical Council, 2010-2016.

Use of the profession to corrupt customs and to commit or favor crime" and "Taking advantage of situations arising from the doctor-patient relationship to obtain physical, emotional, financial or any other advantage

Following this, the frequencies of the punishments given by the plenary body of the TSEM in relation to the cases judged were ascertained. These results are shown in **Table 4**.

Table 4. List of punishments in the seven cases.

Penalty	Percentage	
	N	%
Cassation	3	42.9
Total and definitive suspension	1	14.2
Confidential censure	1	14.2
Suspension for up to 30 days	1	14.2
Unknown	1	14.2

Source: Federal Medical Council, 2010-2016.

Thus, as shown in **Table 4**, 42.9% of these professionals were struck off the register. The second most frequent result was precautionary interdiction (14.2%). This should not be confused with a penalty: rather, it is a measure that suspends medical practice until the final judgment of the case has been handed down, given the plausibility of the right invoked. This has the aim of ensuring the effectiveness of the main proceedings and, at the same time, avoiding injuries that patients fear and the risk of dissipation of the result from the case (CPEP).

It needs to be emphasized that no previous research specifically dealing with violations of ethical precepts by specialists in psychiatry or doctors who were acting in this specialty could be found. What can be found in the literature are surveys relating to specific CRMs, which take into account all specialties. Furthermore, taking the reference point of the state of São Paulo, which has the largest population of doctors in Brazil [18], the number of doctors involved in ethics cases has grown over recent years. Over the ten-year period from 2001 to 2011, this number grew from 1.022 to 3.089, thus representing an increase of 302%. The rise in ethics complaints has a variety of causes, such as greater awareness of the population about their rights, pre-

carious working conditions, especially in the public sector, influence of the media, deterioration in the quality of the doctor-patient relationship [17, 19] and the poor training of doctors during undergraduate and postgraduate studies [17]. However, the Regional Medical Council of São Paulo has pointed out that, in addition to the deterioration of medical education, the evolution of the quantity of complaints is linked to the increase in the numbers of doctors [20].

It seems obvious that violations of bioethical principles have consequences for the population served [21]. Within psychiatry, the doctor-patient relationship is peculiar, because even if it obeys a general principle of caring for the health and dignity of patients, its ultimate goal is to collaborate such that the patient returns to the path of growth and emotional maturity. In carrying out this task, doctors need to make significant efforts towards helping their patients to better understand the origin and meaning of their symptoms [22].

Discussion

The results found in the present investigation showed that the profile of the doctors involved in cases judged by the plenary body of the TSEM was very similar to what was found in other studies that sought to investigate doctors involved in ethical-disciplinary cases, regardless of their specialty [23]. Moreover, it was also noticed that this profile was also similar to what was seen in other surveys that considered the entire medical population, whether or not there were any ethical-disciplinary charges [17, 23]. These professionals were all male and graduated more than 20 years previously.

The prominent position (from a socioeconomic point of view) that many professionals have already reached at this point in their careers reinforces the "magical thinking" of omnipotence. Another possibility may relate to the level of financial reward that doctors start to have after entering the job market,

in which they feel the need, over time, to increase their number of sources of income (shifts, jobs and underpaid activities) [24].

It is also worth mentioning the role of the training that the doctors involved in these cases had had. Among the cases analyzed, just over half of the professionals did not have a specialist title in psychiatry at any time during the procedures of the case, even though the case against them was framed within this specialty. In relation to those who did have a specialist title, only one of them was already a specialist before the episode that caused the case, while the other two doctors obtained their specialist title after the beginning of the case against them. Coherently with these results, it was seen that the search for technical improvement can serve as a protective factor against errors that cause damage to patients and, consequently, ethics lawsuits, since this increases the degree of trust in the services rendered, thereby making the doctor-patient relationship closer [23].

This aspect of training was also reflected in the articles infringed in these cases. Even though these do not relate specifically to traditional medical errors, in which harm is done to a patient through an improper technical procedure, this may reflect a failure in the professional's training. Bioethical principles should be used in examining and understanding situations of conflict that are present in the daily care provided for patients. Violation of this care by doctors may cause serious damage to patients.

The plenary body of the TSEM has stated that medical professionals are not allowed to disrespect human rights, corrupt customs or commit or favor crime. Likewise, it has emphasized the importance of doctors' relationships with patients and relatives, and has punished those who, in this relationship, obtain physical, emotional or financial advantages, or advantages of any other nature [4]. Such acts, above all, weaken two bioethical principles, namely: beneficence, "because the professional undertakes

to evaluate the potential risks and benefits (individual and collective) and to seek maximum benefits, thereby reducing harm and risks to the minimum" [15]; and non-maleficence, which is what "determines the obligation not to inflict damage intentionally" [26].

Punishment for doctors, which is provided for by law and through the CEM, has a preventive deterrent purpose. The medical profession is thus aware that if an ethics offense is committed, the individuals concerned may be reprimanded by their peers, in any of the following manners: confidential warning in a notice of reservation; confidential censure in a notice of reservation; public censure in an official publication; suspension of professional practice for up to 30 days; and as far as being struck off the register, after referral to the Federal Council, from which there is no rehabilitation [27].

Thus, violation of ethical precepts gives rise to liability to a variety of punishments. These punishments may even influence civil and criminal trials, even though such proceedings are independent, since the principle of independence of different courts is not absolute, and influence from other spheres is accepted. In this context, doctors have a duty to know about and respect ethical precepts, or else they may face the penalty of severe punishment from the medical councils. These bodies have autonomy to exercise administrative policing power over the conduct of professionals whose cases they assess [24].

Given the findings of the present investigation, it can be concluded that the objectives were met. However, like any scientific endeavor, it was also not free from limitations. These limitations relate to the low number of cases analyzed. Although this reflects the fact that psychiatry is not one of the areas of activity with the highest numbers of ethics cases, as also observed by other authors [17, 23], there is a need to make observations over a longer period of time. This would also make it possible for these data to serve as criteria of comparison between

the period in which the new CEM 2009 has been in force [4] and the period of the old CEM 1988 [28]. Nonetheless, this limitation does not reduce the relevance of the present investigation, which may serve to direct medical bodies such as the ABP and CFM towards interventions that seek to reduce the numbers of acts that violate the ethical precepts of the CEM.

Some points about bioethics and its relationship with the medical ethics code

Today, the need to establish debates on issues that present plurality and that require interpretation in the light of different perspectives cannot be denied. Hence, bioethics is important as a body of knowledge that has the aim of enabling understanding of life in its various dimensions. It requires a multi, inter and/or transdisciplinary stance within its structural basis, to allow questioning in relation to conflicts of value raised by techno-scientific, social and cultural development, among other issues, especially those relating to living beings, and particularly to humans. Development of awareness based on specific references relating to life in society that lead to a condition of "more than living" and a situation in which different social groups live together respectfully, without impositions, but through understanding paradigms that fit diverse realities, is sought.

From a historical point of view, the terminology of bioethics was coined by the American doctor Van Rensselaer Potter, at the beginning of the 1970s. This expression was configured in the book "Bioethics: the bridge to the future". In Potter's bioethics, "ethics" and "biological knowledge" were taken to be interrelated, and this represented an attempt to delimit a space (even though without stable foundations) and an opening for humans to assure their survival and that of the planet. This initial connotation focused on issues of global ethics and, more precisely, on the ethics of preserving the planet in the future. In this regard, it incorporated

expanded concepts relating to the "quality of human life" (including respect for the environment and ecosystem), as well as specific biomedical issues [29].

However, the bioethical concerns relating to the environment and the planet that Potter proposed were, in a way, pushed into a secondary position through limitation to the scope of biomedical, under strong influence from the founder of the Kennedy Institute of Ethics, Andre Hellegers, in 1971. This researcher led a study group formed by doctors and theologians who viewed medical and technological progress with concern, along with the implications and challenges regarding the "ethical systems" of the Western world. They therefore reaffirmed that bioethics was a bridge between medicine, philosophy and ethics [29]. Thus, the "biomedical approach" came to prevail as the basis for construction of bioethical thinking. Consequently, bioethics arose strongly in this form in the United States in the 1970s, spread through Europe in the 1980s and reached the rest of the world in the 1990s.

To reach rapid understanding of the American principlist bioethical paradigm, two early studies that portrayed bioethics need to be mentioned. The first was the Belmont report, dated 1978, which aimed to address issues relating to controlling research that was conducted on human subjects. This report referred to three principles that should be considered: respect for people (autonomy), beneficence and justice [30]. However, it can be noted that the term "autonomous person" can be understood to mean an individual who is "capable of deliberating on his personal goals and acting under the guidance of that deliberation", among other things [17, 23].

While the Belmont report only considered ethical matters relating to research conducted on human subjects, the researchers Beauchamp and Childress returned to the principlist view in 1979 [25], but encompassing the field of clinical practice and care. Thus, through their Principles of Biomedical Ethics, these authors consolidated bioethics under the ae-

gis of four principles: autonomy, beneficence, non-maleficence and justice.

In view of this trajectory, "principlist" bioethics can be highlighted as resulting from American culture, influenced by Anglo-Saxon philosophical pragmatism and solidified both in the sphere of procedures and in the decision-making process.

What should be emphasized is that the "Anglo-American" vision concentrates on individualistic perspectives and categorizes the principles, especially when it comes to the autonomy of the person. Thus, the principle of autonomy was gradually ranked in relation to other principles, and this contributed towards adoption of an individual view of conflicts, which was taken to be the priority in analysis and decision-making processes. Thus, bioethics became disseminated beyond the United States with this point of view, as pointed out by Garrafa [31].

it is Anglo-Saxon bioethics, with strong individualistic connotations, for which the basis of support rested on the autonomy of social subjects. In turn, one of the operational or practical consequences of this was the requirement or necessity to apply so-called informed consent statements [31].

The evolutionary process of bioethics (going from its birth to the present day) as a body of knowledge has also contributed to the evolution of life in society at the same time. This has occurred through reaching greater epistemological and methodological depth, with a view to incorporating the latest debates, in addition to those already in existence. European scholars have contributed incisively to the field of bioethics and have questioned the principlist view through the notion that if this is taken alone, it becomes insufficient to analyze the changes and the ethical "macroproblems" that emerged in the twentieth century and the beginning of the twenty-first century [32]. In addition, fissures in the social fabric have become disproportionate among the

countries of both the northern and the southern hemispheres, notably due to the impact of globalization and situations resulting from this.

Thus, themes such as vulnerability, discrimination, humanization, social exclusion and transgenderism, among many other questions of the present day, are now incorporated under this broad and diversified field named bioethics and need to be debated more strongly, considering both global and local boundaries. This is particularly because understanding of what will become bioethics in this early part of the twenty-first century may vary from one context to another and from one nation to another [32].

In this globalized sphere, bioethics has a preponderant role in consolidation of paradigms for coping with social, cultural and other problems. It follows that bioethics presupposes its own dynamics and incorporation of an increasingly expanded and committed view. Scenarios pointing towards diversity and plurality of positions, visions and values, sometimes in a conflicting and extremely radical way, require revision of the founding issues of bioethics, and certainly from its principles, to the point of perhaps incorporating reference points and criteria of other orders that take into account the multiplicity of points of view of different social groups.

Thus, ethics codes represent consolidation of ethical principles that are taken on by society, according to Segre and Cohen [33]. On the basis that principles are changeable, it is evident that codes consequently always need to be altered bearing in mind the dynamics of "ethical thinking". These updates need to be accomplished through critical analysis and periodic review of conflicting and even resistant issues.

Thus, through focusing on aspects of human life in its broadest sense, bioethics deals with the incessant questions relating to the relationships between theoretical reflections based on great principles and how these apply to individuals or groups. Bioethics therefore tests the principles of respect for patients'

autonomy and solidarity, and demands that other people should be regarded with respect and dignity [29].

Among the strands of medical ethics, doctors' obligations towards society and towards human beings as holders of rights and the issue of human rights in the doctor-patient relationship, among other things, have been established through coding.

In relation to CEM 2009, it needs to be borne in mind that this was drawn up under the influence of the principlist vision, although conceptual evolutions were incorporated. Insertion of new elements into existing bioethical reference points allows medical professionals to develop their practice, which is increasingly responsible, human and historically contextualized. Thus, according to Nunes [34], universal values can and should anchor human relations and professional practice.

Therefore, in considering bioethical foundations within medical practice, it was decided in the present investigation to reflect, albeit briefly, on the principles of beneficence and autonomy. The principle of beneficence refers to the ethical obligation to maximize benefit and minimize injury [27]. Hence, professionals need to be convinced and technically informed regarding practices that assure beneficial conditions of treatment and reception for patients. From the basis that the principle of beneficence presupposes that no deliberate damage is inflicted, the principle of non-maleficence consequently arises. It is therefore established that medical action should always imply reduction of harm or injury to the patient's health. Through not harming the patient, the aim is to reduce the possible adverse effects of diagnostic and therapeutic actions.

In turn, the principle of autonomy emphasizes that people are empowered to deliberate regarding their personal choices. People therefore should be treated with respect regarding their decision-making and freedom of choice. As stated in the CEM, it should be noted that the relationships of medical professional with their patients must necessarily pre-

suppose the principle of autonomy. This implies that it is forbidden to carry out any procedure without firstly explaining it to the patient or guardian and receiving consent to proceed, except in situations of imminent danger of loss of life [4].

Autonomy implies self-determination by an individual with regard to making decisions relating to his or her life, health, physical-psychological integrity and social relationships. It presupposes the existence of options and freedom of choice and requires that the individual should be able to act in accordance with the deliberations made. Respect for self-determination is based on the principle of the dignity of human nature, in accordance with the Kantian categorical imperative, which states that the human being is an end in itself [35]. Certain variables contribute towards making an individual autonomous, such as biological, mental and social conditions. In some transient or permanent situations, a person may have present diminished autonomy, and third parties then have the role of making decisions.

It is therefore evident that the principles of beneficence and autonomy considered here cannot be seen separately from the other principles and reference points, given that a multidisciplinary approach is adopted for the purpose of analysis.

Study limitations

This study presented important limitations regarding the absence of any other research samples with the same objective. Such samples would arise through analysis on judgments from the plenary bodies of CRMs that would point out the infractions that carried the heaviest penalties, along with other data in the field of psychiatry, from professionals either with or without specialist titles.

Another important limitation relates to the sample size. Because of the small number of cases involving acts within psychiatry, only the results found in relation to these cases could be considered.

Contributions towards the field of activity of psychiatry professionals

Among the contributions of the present investigation towards the field of activity of psychiatry professionals, it needs to be highlighted that it aimed to deepen the knowledge of the adjudicating actions of the medical councils. In particular, it aimed to focus on ethical-professional cases against doctors in Brazilian states and their reviews by the plenary body of the Federal Council. Furthermore, the types of infractions and ethics penalties to which professionals acting within the field of psychiatry were subject were ascertained, thus demonstrating that in judging situations of infraction, the medical body and peers of the accused handed down punishments of greater severity.

Acknowledgements

My acknowledgements to the Medical Ethics Professional Supervision Entity in Brazil, i.e. the Federal Medical Council, the body to which I owe my professional knowledge, and in which I have acted as a legal adviser since 1994. My role in this position allowed me to ascertain the importance of research on the profile of doctors who infringe medical ethics as an object of systematic study of the behavioral perspective behavior in the light of moral values and principles, in order to elicit reflections from the supervising entity regarding the need to prevent ethical infractions and the need to further stimulate education on ethical norms, starting at medical undergraduate level, with the aim of training professionals to be more committed towards their medical practice.

Conflict of interest

The authors report that there was no conflict of interest.

Note

The sample for this investigation comprised 206 appeals and 19 referrals, thus totaling 224 appeals by doctors who were facing charges. Cases judged between April 13, 2010, and August 3, 2016, were taken into consideration. Three databases were used in this investigation: cases (224); doctors facing charges (191) and cases/penalties (146). This text relates to the PhD thesis in Bioethics of the first author of this article, which is to be defended at the University of Porto, Portugal, in 2018, and which has been accepted for publication in the Brazilian Journal of Medical and Biological Research: (Gracindo, Giselle. Threats to Bioethical Principles in Medical Practice in Brazil: Period of the New Medical Ethics Code. Accepted for publication in the Brazilian Journal of Medical and Biological Research (6988.R1), on November 23, 2017. bjournal@terra.com.br.

References

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; 1988 5 out [Internet]. [Acesso 05 Dez 2017]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
2. Brasil. Lei nº 3268, de 30 de setembro de 1957. [Internet]. [Acesso 05 Dez 2017] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3268.htm
3. Brasil. Decreto nº 44045, de 19 de julho de 1958. [Internet]. [Acesso 05 Dez 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/d44045.htm
4. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. [Internet]. [Acesso 11 Dez 2016]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>
5. Brasil. Conselho Federal de Medicina. A Instituição. [Internet]. [Acesso 05 Dez 2017]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20671&Itemid
6. Sarlet, IW. A eficácia dos direitos fundamentais. 3ª ed. rev e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2003.
7. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1998, 10 de agosto de 2012. [Internet]. [Acesso 05 Dez 2017]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/stories/documentos/1998_alteraregimentointernocfm.pdf
8. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 2145, 17 de maio de 2016. [Internet]. [Acesso 05 Dez 2017]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2145>
9. Brasil. Lei nº 12842, de 10 de julho de 2013. [Acesso 05 Dez 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm
10. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução 2162, 18 de maio de 2017. [Internet]. [Acesso 05 Dez 2017]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2162>
11. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 2113, 30 de outubro de 2014. [Internet]. [Acesso 05 Dez 2017]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2014/2113>
12. Brasil. Decreto nº 8516, de 10 de setembro de 2015. [Internet]. [Acesso 05 Dez 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2015-2018/2015/Decreto/D8516.htm
13. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 2057, 20 de setembro de 2013. [Internet]. [Acesso 05 Dez 2017]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2057_2013.pdf
14. Reinaldo A. O princípio da autonomia e os aspectos éticos do cuidado na assistência em saúde mental. In: Costa JRE et al. Para compreender a doença mental numa perspectiva de bioética. Bioethikos 2007; 1(2):103-110. [Internet]. [Acesso 05 Dez 2016]. Disponível em: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/.../Para_compreender_a_doenca_mental.pdf
15. Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. Texto contexto enferm. 2005; 14(1): 106-10.
16. Wijnendaele R van, Missa JN. Direitos dos doentes mentais. In: Hottois G, Missa JN, organizadores. Nova enciclopédia da bioética. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.
17. Scheffer M, et al. Demografia médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. 2015. [Internet]. [Acesso 05 Dez 2017]. Disponível em: <https://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>
18. Bitencourt AGV, Neves NMBC, Neves FBCS, Brasil ISPS, Santos LSC. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. Rev Bras Educ Med 2007; 31: 223-228.
19. Carneiro MB, Gouveia VV. O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2004. [Internet]. [Acesso 05 Dez 2017]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/medico_e_seu_trabalho/trabalho.PDF

20. Brasil. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Má prática e infrações éticas lideram o crescimento expressivo de processos; 2012. [Internet]. [Acesso 05 Dez 2017]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2574>
21. Mendonça VS, Custódio EM. Nuances e desafios do erro médico no Brasil: as vítimas e seus olhares. *Bioética*. 2016; 24(1): 136-146. [Internet]. [Acesso 05 Dez 2017]. Disponível em: <file:///C:/Users/Giselle/Downloads/1194-3974-1-PB.pdf>
22. Fé IAM. Conflitos éticos em psiquiatria. Portal médico. [Internet]. [Acesso 05 Dez 2017]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/des_etica/18.htm
23. Santos MFO, Souza EHA, Fernandes MGM. Perfil dos médicos envolvidos em processos ético-profissionais, Paraíba 1999 a 2009. *Bioética* 2011; 19:787-797. [Internet]. [Acesso 05 Dez 2017]. Disponível em: <file:///C:/Users/Giselle/Downloads/620-2061-1-PB.pdf>
24. Carvalho, JMM. Erro Médico: perfil profissional. Florianópolis, 2008. 32p. [Monografia] – Curso de Graduação em Medicina. Universidade Federal de Santa Catarina; 2008. [Internet]. Acesso 05 Dez 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/119423/255485.pdf?sequence=1>
25. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013.
26. Morais IM. A escolha do lugar onde morrer por estudantes e médicos: valores humanos e percepção de morte digna [Dissertation]. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Medicina; 2014. [Internet]. [Acesso 05 Dez 2016]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70492/2/28772.pdf>
27. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2005; 29 (2): 136-46. [Internet]. [Acesso 05 Dez 2017]. Disponível em: https://www2.ghc.com.br/ghc/Noticias/Not071105_01.pdf
28. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1246, de 08 de janeiro de 1988. Revogada pela Resolução CFM 1.931/2009 [Internet]. [Acesso 05 Dez 2017]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1988/1246_1988.htm
29. Marzano M.(org). Dicionário do corpo. São Paulo: Loyola; 2012.
30. The Belmont Report. Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012; 1978. [Internet]. [Acesso 12 Jan 2017]. Disponível em: www.videocast.nih.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf
31. Garrafa V. De uma bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética* 2005. [Internet]. [Acesso 20 Jan 2017]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533241011> ISSN 1983-8042
32. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics* 2003; 17 (5-6): 399 - 416.
33. Segre, M, Cohen C. Bioética. São Paulo: Edusp; 2002. [Internet]. [Acesso 23 Jan 2017]. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=uVW_UZ66bC0C&oi=fnd&pg=PA17&dq=rela%C3%A7%C3%A3o+m%C3%A9dico+paciente+maleficencia+bioetica&ots=i41zxlFa6V&sig=L0SngWdNO5mB0ly8l-FJNWMVX1o#v=onepage&q=malefic%C3%A4ncia&f=false
34. Nunes, R. Ensaio em Bioética. Brasil: Conselho Federal de Medicina/ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2017. [Internet]. [Acesso 25 Nov 2017]. Disponível em: <https://goo.gl/AZ7RJM> .
35. Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. [Internet]. [Acesso 15 Jan 2017]. Disponível em: www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/parteeiautonomia.htm
36. Gracindo G. Threats To Bioethical Principles In Medical Practice In Brazil: Period of the new Medical Ethics Code. [Accepted for publication in the Brazilian Journal of Medical and Biological Research (6988.R1), in 23-Nov-2017]. bjournal@terra.com.br.