



Perfil de denúncias éticas contra médicos em um estado brasileiro, de 2001 a 2016

Profile of Ethical Complaints against Doctors in One a Brazilian State, from 2001 to 2016



Autores

Lucas Martins Teixeira

E-mail: lucasmartinst1@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1477-9724>

Renato Soleiman Franco

E-mail: paum@uol.com.br

 <https://orcid.org/0000-0003-1176-480X>

Luiz Ayrton Santos Junior

E-mail: mastologia@mastologia.com.br

 <https://orcid.org/0000-0002-6697-6167>

 **Resumo**

Nas últimas décadas, a Medicina convive com o aumento de denúncias éticas e processos judiciais. Este artigo avaliou as sindicâncias apreciadas pelo Conselho Regional de Medicina do Piauí, de 2001 a 2016. Foram incluídas 1011 sindicâncias, totalizando 1073 médicos implicados. Houve significativo crescimento da quantidade de médicos denunciados em função do tempo ($p < 0,001$). O principal denunciante foi o próprio paciente ou seu familiar/representante legal (54,15%), com a queixa principal de negligência (31,87%). Os denunciados mais frequentes foram do sexo masculino (77,45%). O artigo discute fatores associados ao crescimento das denúncias, como distanciamento da relação médico-paciente e represálias ao erro médico.

 **Abstract**

Over the last few decades, medicine has suffered due to an increasing number of ethical complaints and legal procedures. This paper evaluated the reports assessed by the Piauí State Regional Medical Council from 2001 to 2016. 1011 investigations were included and 1073 doctors were involved. There was a significant increase in the number of physicians reported over time ($p < 0.001$). The main complainant was the patient or his or her family/legal representative (54.15%), owing to negligence (31.87%). The gender most frequently reported was male (77.45%). The article discusses factors associated with the growth in the number of reports, due to the distancing of the doctor-patient relationship and the culture of retaliation for medical errors.

 **Key words**

Ética médica; bioética; erros médicos; medicina defensiva.
Ethics; medical; bioethics; medical errors; defensive medicine.

 **Fechas**

Recibido: 13/12/2021. Aceptado: 10/06/2022



1. Introdução

A relação entre a Medicina e a Sociedade é permeada por direitos, deveres e obrigações. Nas últimas décadas, o acesso ao conhecimento e a conscientização da população – além de fatores como condições inadequadas de trabalho e enfraquecimento da relação médico-paciente - têm sido acompanhados pelo aumento na quantidade de denúncias contra profissionais médicos (Bitencourt et al., 2007) 42,7% (n = 159). Conhecer e discutir os principais motivos desta tendência podem auxiliar na qualificação profissional e no aperfeiçoamento do sistema de saúde e da assistência ao paciente.

As tensões na relação entre médico e paciente não são, contudo, uma preocupação recente. Desde os mais antigos registros conhecidos, a ética profissional revela-se balizadora da atividade médica, entendida por povos de diversos tempos e contextos culturais como uma profissão com especiais responsabilidades. O manuscrito indiano Ayurveda, um dos primeiros documentos conhecidos a tratar destas implicações, já descreve um juramento segundo o qual os estudantes de medicina são convidados a seguirem um caminho de sacrifício pessoal e de compromisso com os seus deveres

(Miranda, 2009). Hipócrates (406 a. C.) também já se preocupava com a postura do cuidador em seus escritos, ainda que sob uma perspectiva paternalista (Antonio y Fontes, 2011).

A partir século XX, o princípio da autonomia e a atenção às particularidades do indivíduo têm sido enfatizados na aplicação ética das estratégias de cuidado (García-Guerrero, 2019). Os avanços civilizatórios impactam na consolidação destes entendimentos, com a criação de mecanismos no sentido de resguardar a segurança tanto do profissional – garantindo-o ampla defesa e penalidades razoáveis – quanto do paciente, oferecendo-o subsídios

para o pleito de suas garantias: A Constituição Federal brasileira de 1988 consagrou a saúde como direito fundamental do cidadão brasileiro, e os Conselhos Federal e Regionais de Medicina têm, há quase sete décadas, exercido a incumbência de fiscalizar e garantir a boa prática médica no território nacional (Luz, 1999).

Porém, apesar dos esforços contemporâneos, a aplicação de sanções ao erro médico é questão recorrente na história, e o balizamento ético da relação médico-paciente por um sistema de punição para comportamentos desviantes está possivelmente arraigado à prática clínica. O Código de Hamurabi (2400 a. C.), mais remoto ordenamento jurídico escrito descoberto, estabelecia penas desde a reparação dos custos de um escravo morto ou cego no curso de um tratamento, até a amputação de mãos, caso o acometimento incidisse a um cidadão livre. Outros relatos históricos apontam que povos visigodos e ostrogodos, em caso de suposta imperícia que culminasse em falecimento, também entregavam o médico à família em luto, para que o justicassem como lhes fosse conveniente (Gomes et al., 2002).

Desta forma, não obstante os progressos alcançados na avaliação e no julgamento das denúncias, a cultura envolvida no processo de penalização evolui mais lentamente. Desde o relatório "To Err is Human", em 1999, a discussão do erro para além da perspec-

Os Conselhos Federal e Regionais de Medicina têm, há quase sete décadas, exercido a incumbência de fiscalizar e garantir a boa prática médica no território nacional



tiva punitiva tem sido proposta com maior ênfase, envolvendo dimensões formativas como as de qualificação do cuidado a partir de eventos sentinelas (Stelfox et al., 2006) there has been limited objective assessment of its impact. We evaluated the effects of the IOM report on patient safety publications and research awards. Methods: We searched MEDLINE to identify English language articles on patient safety and medical errors published between 1 November 1994 and 1 November 2004. Using interrupted time series analyses, changes in the number, type, and subject matter of patient safety publications were measured. We also examined federal US only.

Este trabalho se dedicou a avaliar as denúncias junto ao Conselho Regional de Medicina do Piauí pelo entendimento de que, para além das condenações e do erro de fato, é necessário dar enfoque à impressão subjetiva que motiva as denúncias

No entanto, este é um horizonte ainda pouco considerado. O caráter punitivo ligado à análise de erros e desfechos não esperados promove o medo e a subnotificação destes agravos, dificultando o estabelecimento de políticas de aprimoramento (Lavanderos et al., 2016). Assim, em vez de um cenário de notificações e análises aprofundadas por parte dos profissionais ou instituições, o encargo do relato do erro pode se tornar atribuição de pacientes ou familiares.

Este trabalho se dedicou a avaliar as denúncias junto ao Conselho Regional de Medicina do Piauí (CRM-PI), um Estado situado na Região Nordeste do Brasil – sem destaque ao resultado do trâmite processual – pelo entendimento de que, para além das condenações e do erro de fato, é necessário dar enfoque à impressão subjetiva que motiva as denúncias. Esta perspectiva proporciona reflexões não somente no sentido de evitar transtornos jurídicos, mas, principalmente, de qualificar a experiência do atendimento ao paciente e a relação do profissional com a Sociedade.

Identificar, nas sindicâncias apreciadas pelo CRM-PI no período compreendido entre 2001 a 2016, o panorama quanto às motivações das denúncias e o perfil dos médicos denunciados, e discutir estratégias de aperfeiçoamento da assistência a partir destes dados.

2. Objetivo

Identificar, nas sindicâncias apreciadas pelo CRM-PI no período compreendido entre 2001 a 2016, o panorama quanto às motivações das denúncias e o perfil dos médicos denunciados, e discutir estratégias de aperfeiçoamento da assistência a partir destes dados.

3. Método

Esta pesquisa foi realizada através de um estudo retrospectivo, de natureza descritiva, longitudinal e analítica, se caracterizando por estabelecer um perfil das denúncias contra médicos junto ao Conselho Regional de Medicina do Piauí.

Foram analisadas todas as sindicâncias disponíveis nos arquivos da sede do CRM-PI correspondentes ao período de janeiro de 2001 a dezembro de 2016. Adotou-se como critério de exclusão as sindicâncias de trâmite não finalizado até agosto de 2018, data do início da coleta dos dados.



Totalizaram-se 1011 sindicâncias incluídas, das quais 887 com um ou mais médicos explicitados, totalizando 1073 denunciados. As 124 restantes correspondem a requisições de investigação ao Conselho sem que houvesse um agente específico da possível infração ética.

Procedeu-se inicialmente à construção de um banco de dados por meio do preenchimento de instrumento de coleta padronizado. Avaliou-se o conteúdo de cada denúncia, qualificando a origem e a motivação da denúncia em categorias pré-definidas, e, em caso de menção a um profissional médico, registrando sexo, faixa etária e tempo de formado à época da denúncia, conforme ficha presente no processo.

Totalizaram-se 1011 sindicâncias incluídas, das quais 887 com um ou mais médicos explicitados, totalizando 1073 denunciados

As variáveis foram categorizadas nos níveis de mensuração nominal, ordinal e intervalar, passando inicialmente por uma análise estatística descritiva. Estes procedimentos geraram descrição do perfil da amostra quanto às características relacionadas à idade, gênero, tempo de formação profissional e área de atuação dos denunciados.

Para a associação das variáveis de natureza quantitativa que não se apresentaram com distribuição normal, constatação observada através do teste de Shapiro-Wilk ao nível de significância de 5% de probabilidade e àquelas de natureza nominal ou ordinal, procedeu-se ao uso do teste de correlação não paramétrico de Spearman (r_s), enquanto, nas outras usou-se a correlação de Pearson (r).

As variáveis quantitativas e temporais que apresentaram distribuição normal foram submetidas ao teste t , análise de variância e posterior análise de regressão destas observações, àquelas que não se apresentaram com distribuição normal foram submetidas ao teste de Friedman. Para os dados distribuídos na forma de frequências, adotou-se o Teste de Qui-Quadrado (2) ou, quando necessário, o Exato de Fisher.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Estadual do Piauí (UESPI), pelo parecer número 2.755.767, bem como pela Câmara Técnica de Bioética do CRM-PI, em resposta ao protocolo número 001843/2018.

4. Resultados

4.1. Perfil das Denúncias

Entre janeiro de 2001 e dezembro de 2016, 1011 sindicâncias foram apreciadas no CRM-PI, totalizando 1073 médicos denunciados. Entre as denúncias que especificaram um ou mais médicos, 87,48% ($n = 776$) se destinavam a apenas um denunciado; 8,45% ($n = 75$) a dois denunciados; 1,80% ($n = 16$) a três denunciados; 1,12% ($n = 10$) a quatro denunciados e 1,12% ($n = 10$) a cinco ou mais denunciados. O período avaliado demonstrou significativo ($p < 0001$) aumento na quantidade de denunciados no período, com maior valor em 2015 ($n = 143$) e menor em 2001 ($n = 17$).



Tabela 1. Progressão temporal das denúncias no Conselho Regional de Medicina do Piauí, de 2001 a 2016, estratificadas por faixa etária, sexo e tempo de formado dos denunciados

Ano	DENUNCIADOS Total	FAIXA ETÁRIA (ANOS)					SEXO		TEMPO DE FORMADO (ANOS)	
		Até 30	31-40	41-50	51-60	> 60	FEM.	MAS.	Até 10	> 10
2001	17	0	4	9	4	0	2	15	3	14
2002	35	5	9	12	6	3	8	27	13	22
2003	29	2	11	8	7	1	7	22	10	19
2004	42	1	10	21	8	2	9	33	11	31
2005	26	3	7	6	3	7	6	20	8	18
2006	32	1	10	7	10	4	5	27	5	27
2007	52	3	12	13	19	5	7	45	7	45
2008	41	1	12	8	15	5	8	33	9	32
2009	39	3	6	9	15	6	6	33	8	31
2010	72	13	16	19	17	7	22	50	23	49
2011	113	7	30	22	34	20	26	87	23	90
2012	96	12	30	22	13	19	11	85	27	69
2013	109	9	32	22	18	28	25	84	27	82
2014	101	4	31	19	32	15	34	67	24	77
2015	143	9	41	34	25	34	35	108	24	119
2016	126	5	50	27	20	24	31	95	40	86
TOTAL	1073	78	311	258	246	180	242	831	262	811

Fonte: Dados do estudo, obtidos nos arquivos do Conselho Regional de Medicina do Piauí

A origem das denúncias foi majoritariamente pelo próprio paciente (29,73%; n = 319), ou pelo familiar/representante legal (24,42%; n = 262); totalizando 54,15% (n = 581) de denúncias realizadas a partir de paciente ou familiar. Ministério Público (MP) e outros órgãos públicos foram responsáveis, respectivamente, por 8,67% (n = 93) e 8,95% (n = 96) das sindicâncias.

O próprio CRM-PI propôs abertura de investigação em 36 oportunidades (3,36%); outro médico em 85 (7,92%); diretoria ou comissão ética de hospital em 69 (6,43%) e sindicato ou entidade de classe em 24 (2,24%). Portanto, 19,94% das denúncias foram oferecidas por profissionais ou instituições de saúde. Oitenta e nove denunciadores não se enquadravam em nenhuma destas definições e foram categorizados como "outros" na ficha de coleta de dados.



Portanto, 19,94% das denúncias foram oferecidas por profissionais ou instituições de saúde

Os motivos mais comumente alegados pelo denunciante para solicitação de abertura de sindicância foram: 1) negligência – citada como infração cometida por 342 (31,87%) dos denunciados –, 2) imperícia (n = 281: 26,19%) e 3) imprudência (n = 168: 15,66%), seguidas por 4) problemas na comunicação médico-paciente (n = 153: 14,26%), 5) atestado/laudo médico (n = 137: 12,77%), 6) quebra de sigilo e desvio de conduta médico-profissional (n = 115: 10,72%); 7) honorários (n = 50: 4,66%), 8) relação entre médicos (n = 42: 3,91%) e 9) publicidade (n = 29: 2,70%). Oitenta e seis denúncias não se enquadravam em nenhuma destas definições e foram categorizadas como “outros” na ficha de coleta de dados.

4.2. Perfil dos Denunciados

A faixa etária dos médicos denunciados correspondeu a 7,27% (n = 78) até 30 anos; 28,98% (n = 311) entre 31 e 40 anos; 24,04% (n = 258) entre 41 e 50 anos; 22,93% (n = 246) entre 51 e 60 anos e 16,78% (n = 180) acima de 60 anos de idade.

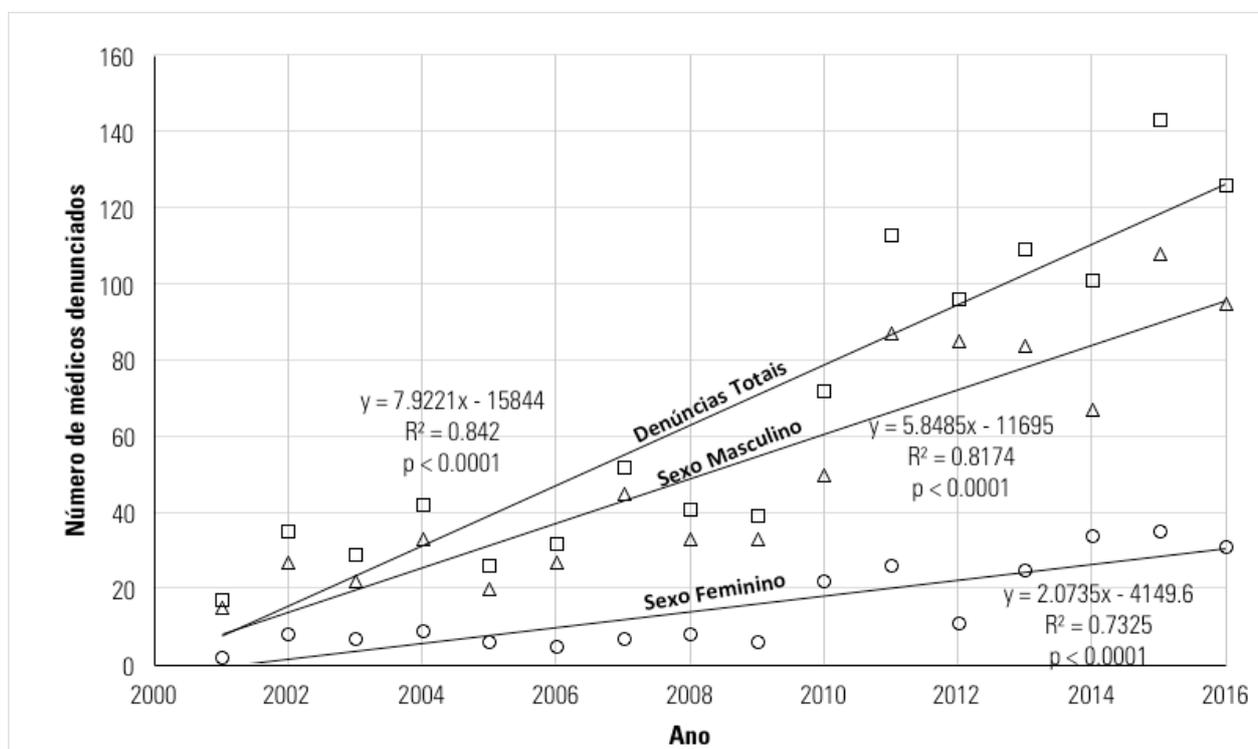
Quanto à experiência profissional, 24,42% (n = 262) dos médicos denunciados tinham até 10 anos de formados; 29,26% (n = 314) entre 11 e 20 anos; 27,12% (n = 291) entre 21 e 30 anos e 19,20% (206) mais que 30 anos. Não se verificou significância estatística na comparação entre os grupos.

O sexo predominante dentre os denunciados foi o masculino, equivalendo a 77,45% (n = 831), em contraste a 22,55% (n = 242) do feminino. O Piauí é o estado brasileiro com menor presença feminina na medicina (37%), conforme Demografia Médica (Scheffer et al., 2018). Contudo, a diferença entre os gêneros tem sido progressivamente estreitada: em 2011 a razão entre homens e mulheres na medicina era de 2,06 (Scheffer et al., 2011); reduzida a 1,87 em 2015 (Scheffer & Cassenote, 2015) e, então, 1,70 em 2018 (Scheffer et al., 2018).

Porém, o crescimento da proporção global de médicas mulheres atuando no estado não se refletiu em aumento mais acentuado de denúncias para este sexo, comparativamente ao masculino. O teste de regressão linear demonstrado na Figura 1 indica que, embora a quantidade de denúncias tenha crescido significativamente para ambos os sexos, as direcionadas a homens têm progredido mais rapidamente, com maior coeficiente de determinação, em função do tempo.



Figura 1. Teste de Regressão Linear: Comportamento da Quantidade de Denúncias Oferecidas ao CRM-PI por Sexo do Denunciado, de 2001 a 2016



Fonte: Dados do estudo, obtidos nos arquivos do Conselho Regional de Medicina do Piauí

4.3. Síntese dos Resultados

O motivo mais frequentemente alegado para denúncias ao CRM-PI, de 2001 a 2016, foi a negligência ($n = 342$). Os principais denunciadores foram o próprio paciente ou seu familiar (54,15%; $n = 581$). O perfil majoritário dos médicos denunciados foi de homens (75,45%), sem diferença significativamente estatística quanto aos anos de exercício da profissão. Houve aumento significativo ($p < 0,0001$) da quantidade de denúncias em função do tempo, e o sexo masculino apresentou crescimento superior ao feminino neste período.

5. Discussão

Denúncias éticas contra médicos têm apresentado notável crescimento nos últimos anos. Se comparados os dados obtidos por esta pesquisa com os de um estudo semelhante, realizado no mesmo Conselho (CRM-PI), entre 1988 e 2004 (Braga et al., 2011), observa-se uma quantidade mais de quatro vezes maior de sindicâncias no atual pe-



ríodo avaliado. Também foi registrado aumento nas queixas apresentadas aos Conselhos Regionais de outros estados (Almeida & Pimentel, 2016; Conselho Regional de Medicina de São Paulo., 2012; Fujita & Santos, 1992; Santos et al., 2011) no Brasil e em Goiás, que lhes dêem significado. Este trabalho pretende quantificar e qualificar as reclamações apresentadas ao Conselho Regional de Medicina de Goiás contra médicos. MÉTODOS: Estudo descritivo, retrospectivo, sobre as denúncias formalizadas em Goiás, entre 2000 e 2006. Leitura interpretativa da evolução processual das queixas ajuizadas no Conselho e cálculo da eficácia das ações dali decorrentes. RESULTADOS: Não foi grande a flutuação na frequência de reclamações entre 2000 e 2006; 62 por cento das queixas alegaram incompetência do profissional e inadequada relação médico/paciente. O número de queixas em cirurgia plástica e ortopedia são iguais a 50 por

A negligência, pelo entendimento de omissão, evidencia uma lacuna de comunicação, na qual o profissional não prestou a assistência ou não foi capaz de esclarecer o seu papel no processo do cuidado

cento dos especialistas. Houve 73 denúncias contra quatro profissionais da cirurgia plástica e um médico foi denunciado 49 vezes. Em 60 por cento dos casos a denúncia foi feita por pessoa física. Discussão: Foram consideradas improcedentes 17 por cento das denúncias e 35 por cento das restantes se transformaram em processos éticos (10 por cento arquivados, de modo que é possível considerar este um fenômeno, pelo menos, nacional.

Desafios deste século, como a estreita relação da Medicina com novas tecnologias e mídias sociais — que potencializam riscos de infração às normas de divulgação e à privacidade do paciente (Denecke et al., 2015) — podem ser cogitados como causa para o acréscimo das transgressões éticas. No entanto, no recorte deste estudo, não exerceram grande influência, tendo em vista

que questões relativas à publicidade e ao sigilo profissional apresentaram baixa frequência nos motivos para denúncias.

O que se destaca pelos resultados é a predominância de denúncias a partir de pacientes e familiares, e as razões mais alegadas indicam a percepção, por parte do denunciante, de que o profissional tenha deixado de oferecer a atenção devida. A negligência, pelo entendimento de omissão, evidencia uma lacuna de comunicação, na qual o profissional não prestou a assistência ou não foi capaz de esclarecer o seu papel no processo do cuidado. Imperícia e imprudência, relacionadas a questões técnico-procedimentais, em última análise também são assimiladas por um desencontro de expectativas entre os meios empregados pelo médico e os resultados esperados pelo paciente (Moraes, 1996).

Pacientes e familiares têm adquirido mais amparo legal, conhecimento de suas prerrogativas e, com efeito, subsídios para questionar condutas que julguem inapropriadas (Braga et al., 2011). Desta ótica, a preponderância deste grupo de denunciante pode ser entendida como um reflexo da autonomia por eles conquistada, reforçando a importância da atenção individualizada às suas necessidades.

Assim, o modelo de atendimento estritamente centrado na doença e na figura do médico — no qual o paciente obedece e segue as orientações de forma passiva —, por mais que ainda presente em alguns cenários de atendimento, precisa ser superado para que a Medicina se alinhe às demandas da contemporaneidade (Farre & Rapley, 2017).



O Método Clínico Centrado na Pessoa tem ganhado espaço pela percepção de que esta abordagem potencializa o engajamento do paciente e promove uma relação mais empática. O médico, ao centrar o cuidado no paciente, escuta e considera atentamente as suas perspectivas, adequando a conduta às particularidades do contexto, o que facilita a adesão e o compartilhamento da responsabilidade terapêutica. O estreitamento da relação e a participação ativa do paciente facilitam o alinhamento de expectativas e, conseqüentemente, produzem resultados mais satisfatórios (Ribeiro & Amaral, 2008;

É possível que, em termos gerais, mulheres possuam uma abordagem moral diferenciada, com mais atenção às relações interpessoais, em contraste ao paradigma bioético principialista mais adotado por homens, que valoriza ideais de justiça e obediência a regras

Stewart et al., 2000) em virtude das repercussões para o exercício da medicina advindas da mudança na nosologia prevalente e da maior disponibilidade de informações sobre saúde e doenças para os leigos. Também discute o uso de escalas para avaliação de atitudes a respeito da relação médico-paciente, particularmente da escala Patient-practitioner orientation scale (PPOS).

Neste sentido, o aumento mais acentuado de denúncias direcionadas a médicos homens pode ser indício de algumas questões relevantes da relação médico-paciente. Estudos na última década têm demonstrado que mulheres adotam mais atitudes de compartilhamento e centram mais o cuidado no paciente (Archer & Turner, 2019; Hur et al., 2017; Liu et al., 2019) such as improved physical status and higher health-related quality of life.

However, doctors' and patients' views on patient-centred attitude might differ and could be affected by culture and the community environment. To clarify the differences in primary care patients' and senior medical students' perceptions of medical students' patient-centred attitude. Methods: A total of 1,025 subjects-827 patients from primary care institutions and 198 fourth-year medical students from a medical college in South Korea-completed the Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS).

É possível que, em termos gerais, mulheres possuam uma abordagem moral diferenciada, com mais atenção às relações interpessoais, em contraste ao paradigma bioético principialista mais adotado por homens, que valoriza ideais de justiça e obediência a regras (van Reenen & van Nistelrooij, 2019).

Destacar estas particularidades não significa acirrar diferenças entre gêneros ou definir modelos corretos ou errados de assistência, mas estes dados possibilitam pensar a modernização dos padrões de cuidado para as demandas da atualidade. O aumento na quantidade de denúncias ainda assinala uma dificuldade da profissão de, na prática clínica, superar o modelo centrado no médico e estabelecer vínculos qualificados.

Como obstáculo, permanecem práticas como contratualizações ostensivas e investimento de tempo e recursos em registros minuciosos – e, por vezes, desnecessários – que se popularizaram na segunda metade do século XX como resposta ao avanço da judicialização da saúde e da cultura da punição ao erro médico, em especial o de omissão, sob o escopo da medicina defensiva (Berlin, 2017).

Estas recomendações, todavia, ao invés de garantirem mais respaldo ao médico, tornaram o relacionamento com o paciente ainda mais impessoal e, como consequência, exacerbaram ruídos de comunicação, sem, contudo, garantir maior acuidade técnica,



uma vez que, ao passo que se prestam a minimizar alegações de omissão, fabricam novos problemas, como sobrediagnósticos e procedimentos desnecessários (Berlin, 2017; Vale & Miyazaki, 2019).

Assim, a aposta na circunscrição do atendimento médico ao enfoque jurídico de prestação de serviço se revela uma armadilha enquanto antídoto para esta tendência de crescimento das denúncias: tanto estimula condutas dispendiosas (Vento et al., 2018) e potencialmente iatrogênicas (Berlin, 2017), quanto dificulta o cuidado centrado na pessoa (Vale & Miyazaki, 2019), aprofundando desentendimentos na relação médico-paciente, e, conseqüentemente, a sensação de insatisfação quanto ao serviço oferecido, o que, em um contexto de protagonismo da paciente no processo de cuidado, redundando no crescimento das denúncias.

À medida que o paciente adquire acesso a informações e direitos, torna-se mais protagonista na relação terapêutica. A compreensão das novas expectativas da incumbência profissional – mais auxiliar e compassiva e menos impositiva – pode refrear o processo de aumento de denúncias

Além disso, a cultura da punição e do julgamento moral do erro imprime medo e reticência de apontamento deste entre os próprios profissionais (Alsafi et al., 2015; Lee et al., 2018; Health Quality Ontario, 2017), o que dialoga com a observação da menor taxa de denúncias partindo de outras fontes que não o paciente. Em última análise, a ausência de discussão das más práticas pode criar um ambiente protecionista e conivente com atitudes que precisam ser aprimoradas (Mendonça et al., 2019).

Desta forma, a adoção de estratégias para estimular que o erro possa ser debatido por profissionais e instituições sem represálias ou constrangimentos, bem como para qualificar a formação médica centrada na pessoa, emergem como alternativas para adequar a relação entre Medicina e Sociedade (Moura et al., 2020; van Reenen & van Nistelrooij, 2019).

O papel do médico se modificou nas últimas décadas. À medida que o paciente adquire acesso a informações e direitos, torna-se mais protagonista na relação terapêutica. A compreensão das novas expectativas da incumbência profissional – mais auxiliar e compassiva e menos impositiva – pode refrear o processo de aumento de denúncias.

Ressalva-se, contudo, a ausência de padrão de suscetibilidade quanto à idade e à experiência profissional dos denunciados. Isto indica que, para além de iniciativas de aprimoramentos da grade curricular médica formal e do currículo oculto durante a graduação (Moura et al., 2020), medidas de educação continuada também são necessárias para alcançar um contingente já distante da academia.

A pesquisa ainda apresenta importantes limitações. Aspectos fundamentais da caracterização da denúncia não puderam ser englobados, como as repercussões judiciais e as especialidades dos denunciados. Também são poucos os trabalhos semelhantes conduzidos em outros estados, e as metodologias divergem, com objetos de estudo distintos.

A diferença observada entre os sexos pode ser um fenômeno local e não necessariamente uma realidade em outros contextos. O quanto o crescimento se deve por fatores



relacionados à relação médico-paciente é uma hipótese que precisa ser mais bem explorada. Destarte, faltam dados nacionais que permitam a discriminação de fenômenos isolados do território do Piauí dos generalizáveis para todo o país.

Sugere-se a articulação de estudos multicêntricos posteriores, que avaliem uniformemente a ocorrência das denúncias nos diversos Conselhos Regionais e, dessa maneira, fundamentem a implementação de ferramentas de aprimoramento da prática ética na Medicina.

6. Considerações Finais

O presente estudo registrou o avanço na quantidade de denúncias contra médicos ao CRM-PI nos primeiros anos do século XXI. A compreensão deste fenômeno depende da discussão do modelo de atendimento médico e dos desafios da época atual.

A cultura de represália ao erro médico por estruturas sociais e aparelhos de saúde, bem como a reação inicialmente oferecida pela Medicina a este processo, distanciando-se do cuidado centrado na pessoa, podem ter contribuído para a construção do problema atualmente enfrentado.

Por fim, corroboramos com a implementação de processos e ferramentas de discussão do erro que permitam aprimoramento da assistência sem condutas meramente punitivas por parte de aparelhos de saúde e órgãos judicantes, tal como o aprofundamento do ensino do cuidado centrado na pessoa, na graduação e na educação continuada.

Referências

- Almeida, T. A., & Pimentel, D. (2016). Julgamento ético do médico em Sergipe, Brasil. *Revista Bioética*, 24(1), 128-135. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241114>
- Alsafi, E., Baharoon, S., Ahmed, A., Al-Jahdali, H. H., Al Zahrani, S., & Al Sayyari, A. (2015). Physicians' knowledge and practice towards medical error reporting: a cross-sectional hospital-based study in Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21(9), 655-664. <https://doi.org/10.26719/2015.21.9.655>
- Antonio, E. M. R., & Fontes, T. M. P. (2011). A ética médica sob o viés da bioética: o exercício moral da cirurgia. *Revista Do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 38(5), 355–360. <https://doi.org/10.1590/s0100-69912011000500013>
- Archer, E., & Turner, R. (2019). Measuring empathy in a group of South African undergraduate medical students using the student version of the Jefferson Scale of Empathy. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 11(1), 1-5. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.1956>
- Berlin, L. (2017). Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad. *Diagnosis* 4(3), 133-139. <https://doi.org/10.1515/dx-2017-0007>



- Bitencourt, A. G. V., Neves, N. M. B. C., Neves, F. B. C. S., Brasil, I. S. P. de S., & Santos, L. S. C. dos. (2007). Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(3), 223–228. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022007000300004>
- Braga, A. da S. G., Nogueira, L. T., Nogueira, A. B., & Deus, M. C. B. R. de. (2011). Perfil da Denúncia Contra Médicos no Conselho Regional de Medicina do Piauí. *Anais Do Conselho Regional de Medicina Do Estado Do Piauí*, 13(02), 13-22.
- Conselho Regional de Medicina de São Paulo. (2012, 26 de julho). *Má prática e infrações éticas lideram o crescimento expressivo de processos: cresce o número de processos contra médicos por má prática e infrações éticas*. *Ética Médica*. <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2574>
- Denecke, K., Bamidis, P., Bond, C., Gabarron, E., Househ, M., Lau, A. Y. S., Mayer, M. A., Merolli, M., & Hansen, M. (2015). Ethical Issues of Social Media Usage in Healthcare. *Yearbook of medical informatics*, 10(1), 137-147. <https://doi.org/10.15265/IY-2015-001>
- Farre, A., & Rapley, T. (2017). The new old (And old new) medical model: Four decades navigating the biomedical and psychosocial understandings of health and illness. *Healthcare (Switzerland)*, 5(4). <https://doi.org/10.3390/healthcare5040088>
- Fujita, R., & Santos, I. (1992). Denúncias por erro médico em Goiás. *Rev Assoc Med Bras*, 55(3), 283–289. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000300020>
- García-Guerrero, J. (2019). Información clínica, consentimiento informado y deontología médica. Una relación reciente. *Cuadernos de Bioética : Revista Oficial de La Asociacion Espanola de Bioetica y Etica Medica*, 30(100), 303–313. <https://doi.org/10.30444/CB.41>
- Gomes, J. C. M., Drumond, J. G. de F., & França, G. V. de. (2002). *Erro Médico* (4.ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Health Quality Ontario (2017). Patient Safety Learning Systems: A Systematic Review and Qualitative Synthesis. *Ontario health technology assessment series*, 17(3), 1–23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5357133/>
- Hur, Y., Ra Cho, A., & Choi, C. J. (2017). Medical students' and patients' perceptions of patient-centred attitude. *Korean Journal of Medical Education*, 29(1), 33-39. <https://doi.org/10.3946/kjme.2017.51>
- Lavanderos, S., Pedraza, J., Moisés Russo, N., & Salas, S. P. (2016). Dilemas éticos acerca de la revelación de errores médicos a los pacientes. *Revista Medica de Chile*, 144(9), 1191-1198. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000900014>
- Lee, H. Y., Hahm, M. II, & Lee, S. G. (2018). Undergraduate medical students' perceptions and intentions regarding patient safety during clinical clerkship. *BMC Medical Education*, 18(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1180-8>
- Liu, W., Hao, Y., Zhao, X., Peng, T., Song, W., Xue, Y., Tao, S., Kang, Z., Ning, N., Gao, L., Cui, Y., Liang, L., & Wu, Q. (2019). Gender differences on medical students' attitudes toward patient-centred care: A cross-sectional survey conducted in Heilongjiang, China. *PeerJ*, 2019(10), 1-16. <https://doi.org/10.7717/peerj.7896>
- Luz, W. S. da. (1999). *Os 50 Anos do CFM*. Conselho Federal de Medicina. http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20450:os
- Mendonça, V., Gallagher, T., & Hendryx, N. (2019). Medical error: Concept, characterization and management. *Saude e Sociedade*, 28(4), 255-266. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180105>



- Miranda, A. G. de. (Maio de 2009). A História dos Códigos de Ética Médica. *Revista CFM*, 22-23. http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/pdf/materia_jornal6.pdf
- Moraes, N. C. de. (1996). Erro médico: aspectos jurídicos. *Rev Bras Cir Cardiovase*, 11(2), 55-59. <https://doi.org/10.1590/S0102-76381996000200002>
- Moura, A. C. A. de, Mariano, L. de Á., Gottens, L. B. D., Bolognani, C. V., Fernandes, S. E. S., & Bittencourt, R. J. (2020). Estratégias de Ensino-Aprendizagem para Formação Humanista, Crítica, Reflexiva e Ética na Graduação Médica: Revisão Sistemática. *Rev. Bras. Educ. Méd*, 44(3), e076-e076. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190189>
- Ribeiro, M. M. F., & Amaral, C. F. S. (2008). Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(1), 90-97. <https://doi.org/10.1590/s0100-55022008000100012>
- Santos, M. de F. O. dos, Souza, E. H. A. de, & Fernandes, M. das G. M. (2011). Perfil dos envolvidos em processos ético-profissionais - Paraíba 1999 a 2009. *Rev. Bioét*, 19(3), 787-797.
- Scheffer, M., Biancarelli, A., & Cassenote, A. (2011). *Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. CREMESP, CFM.
- Scheffer, M., & Cassenote, A. (2015). *Demografia Médica no Brasil 2015*. FMUSP, CFM, CREMESP.
- Scheffer, M., Cassenote, A., Guilloux, A. G. A., Alonso, B., Miotto, M., & Marcelino, G. (2018). *Demografia Médica no Brasil 2018*. FMUSP, CFM, CREMESP.
- Stelfox, H. T., Palmisani, S., Scurlock, C., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2006). The "To Err is Human" report and the patient safety literature. *Quality and Safety in Health Care*, 15(3), 174-178. <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.017947>
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804.
- Vale, H. M. do, & Miyazaki, M. C. de O. S. (2019). Medicina defensiva: uma prática em defesa de quem? *Revista Bioética*, 27(4), 747-755. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274358>
- van Reenen, E., & van Nistelrooij, I. (2019). A spoonful of care ethics: The challenges of enriching medical education. *Nursing Ethics*, 26(4), 1160-1171. <https://doi.org/10.1177/0969733017747956>
- Vento, S., Cainelli, F., & Vallone, A. (2018). Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic. *World Journal of Clinical Cases*, 6(11), 406-409. <https://doi.org/10.12998/WJCC.V6.I11.406>