

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL

**DEÍLA BARBOSA MAIA**

**PERFIL DOS PROCESSOS POR ERRO MÉDICO NA PROMOTORIA DE  
JUSTIÇA ESPECIALIZADA DE DEFESA DA SAÚDE EM SÃO LUÍS NO  
PERÍODO DE 2002 A 2007**

São Luís  
2008

**DEÍLA BARBOSA MAIA**

**PERFIL DOS PROCESSOS POR ERRO MÉDICO NA PROMOTORIA DE  
JUSTIÇA ESPECIALIZADA DE DEFESA DA SAÚDE EM SÃO LUÍS NO  
PERÍODO DE 2002 A 2007**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de mestre em Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito

São Luís  
2008

Maia, Deíla Barbosa.

Perfil dos processos por erro médico na Promotoria de Justiça Especializada de Defesa da Saúde em São Luís no período de 2002 a 2007/ Deíla Barbosa Maia – São Luís, 2008.

98 f.

Impresso por computador (fotocópia).

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito.

Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) – Universidade Federal do Maranhão, 2008.

1. Erro médico. I. Título.

CDU 614.253:347.51

**DEÍLA BARBOSA MAIA**

**PERFIL DOS PROCESSOS POR ERRO MÉDICO NA PROMOTORIA DE  
JUSTIÇA ESPECIALIZADA DE DEFESA DA SAÚDE EM SÃO LUÍS NO  
PERÍODO DE 2002 A 2007**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de mestre em Saúde Materno-Infantil.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito**

Orientadora

Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof. Dr. Edson de Oliveira Andrade**

Examinador

Universidade Federal do Amazonas

---

**Profa. Dra. Maria Bethânia da Costa Chein**

Examinadora

Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof. Dr. Orlando Jorge Martins Torres**

Examinador

Universidade Federal do Maranhão



Dedico este trabalho à minha mãe, Dra. Dulcinéa  
Barbosa Maia, por todo o carinho e apoio recebido  
ao longo da minha vida.

## AGRADECIMENTOS

De acordo com a filosofia chinesa, toda obra escrita, na verdade, é sempre fruto do coletivo, pois ninguém escreve nada sozinho. E daí porque não conseguem aceitar os conceitos ocidentais de propriedade intelectual individualizada, pois o conhecimento científico deveria sempre servir à coletividade, uma vez que surgiu nesta conjuntura social. O meu trabalho intelectual está inserido neste contexto, uma vez que é fruto de uma longa jornada, contou com a ajuda de inúmeras pessoas e continuará para sempre.

Agradeço a Deus, por me propiciar o dom da vida e todas as condições materiais e psicológicas para que eu me tornasse médica e advogada;

Um agradecimento todo especial à minha mãe, Dulcinéa Barbosa Maia, e à minha secretária, Magda Duarte, que foram as pessoas que mais me ajudaram ao longo deste mestrado;

Aos demais membros da minha família: Bernardo Wanghon Maia, Bernardo Maia Júnior, Cléryston Maia e Cristina Pereira e aos familiares do Pará, São Paulo e Ceará, pelo apoio e incentivo constantes;

À minha orientadora, Dra. Luciane Brito, pelo incentivo, disponibilidade e inteligência na condução deste trabalho;

Aos professores e funcionários do Programa de Mestrado em Saúde Materno-Infantil, em especial à secretária Helena Ribeiro, à dra. Maria Bethânia da Costa Chein e às professoras Alcione Miranda dos Santos e Laodicéia Mota Ataíde que muito me ajudaram na elaboração deste trabalho;

Aos funcionários e membros do Ministério Público do Maranhão, em especial, aos srs. Leandro Silva e Antônio Ribeiro;

Ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Maranhão, em especial ao dr. Abdon Murad e à sra. Rosana Santana, que deram total apoio ao presente estudo;

À Ordem dos Advogados do Brasil, seccional Maranhão, em especial os meus queridos colegas drs. Gutemberg Pacheco, Guilherme Zagallo e João Batista Ericeira, pela ajuda, incentivo e divulgação do estudo;

À amiga e grande incentivadora, Katiúscia Pinheiro, pelas inúmeras vezes que me acolheu, ensinou e estimulou a continuar estudando e às amigas Gabriella Duarte Dovera, Viraneide Marques, Sandra Santos, Solange Costa e Bárbara Carvalho, pelo apoio e luz nos momentos difíceis e também nos momentos de alegria;

Aos meus colegas da Cassi, em especial à gerente Socorro Rios, pela flexibilização dos meus horários de trabalho e apoio constante.

## **MESTRADO**

Deíla Barbosa Maia

São Luís, 07 de outubro de 2006.

Mestre, mestra, mestrado  
Palavrinha bonita e cheia de significado.  
Experiências, renúncias, saberes,  
Tantas escolhas, loucos querereres...

Aulas, trabalhos, leituras, seminários.  
Praça Gonçalves Dias – dos mil e um amores.  
Saudades dos colegas e dos pores-do-sol,  
Com suas infinitas matizes de cores.

Mas todo começo tem que ter um fim.  
E com a Saúde Materno-Infantil não poderia ser diferente.  
Se a dissertação é um "parto"  
Então, vamos em frente !!!

Bioética e Poesia,  
Minhas paixões indissociáveis.  
Dúvidas infinitas, discussões intermináveis...  
E a certeza de sempre admirar a vida!

## RESUMO

**Objetivo:** caracterizar o perfil dos processos criminais por erro médico iniciados pela Promotoria de Justiça Especializada na Defesa da Saúde em São Luís, capital do Estado do Maranhão, no período de 2002 a 2007.

**Metodologia:** a pesquisa foi iniciada através de um estudo retrospectivo no arquivo da Promotoria por meio do preenchimento de fichas com os principais dados dos processos. Os dados foram comparados com os de outros locais do Brasil e do mundo.

**Resultados:** 43 processos, envolvendo um total de 47 pacientes, foram analisados. A maior parte das vítimas era do sexo feminino (63,8%), com idade média de 34 anos e residente em São Luís (91,5%). Os denunciadores eram parentes (46,5%) ou as próprias vítimas (34,9%). A acusação mais comum foi a de lesão corporal culposa (51,1%), seguida de homicídio culposo (37,8%), sendo a negligência a forma de culpa mais alegada (49%). Em 93% dos processos havia cópia do prontuário médico nos autos. A maioria dos processos ainda estava em tramitação (86%). Houve 66 médicos acusados. Em 65,1% dos processos havia apenas um médico envolvido, sendo que a maioria era do sexo masculino (54,5%), com idade média de 41 anos e da especialidade de ginecologia e obstetrícia (31,8%), seguida de pediatria (10,6%) e cirurgia geral (7,6%). Quanto à formação profissional, a maioria (91%) graduou-se em universidades públicas, não tendo sido possível verificar a existência ou não de pós-graduação. Os atendimentos foram em sua maior parte de urgência/emergência (69,8%), relacionados a cirurgias (60,5%), ocorridos em instituições públicas (58,1%), do tipo hospital geral (41,8%) e custeados pelo SUS (83,7%).

**Conclusão:** Os processos por erro médico analisados são principalmente denunciados por familiares do paciente e as vítimas são em sua maioria do sexo feminino. A acusação mais freqüente foi do crime de lesão corporal culposa, por negligência. A maioria dos processos ainda estava em tramitação. Os médicos processados são principalmente do sexo masculino, com idade média de 41 anos, da especialidade de Ginecologia-Obstetrícia, graduados em universidades públicas. Os atendimentos relacionados aos processos ocorreram em situações de urgência/emergência, em instituições públicas e custeados pelo SUS.

**Palavras-chave:** Erro médico. Ética médica. Bioética.

## ABSTRACT

**Objective:** to characterize the profile of the criminal lawsuits regarding medical malpractice initiated by the Health Defense Public Prosecutor's office in São Luís, capital of the Brazilian State of Maranhão, between 2002 and 2007.

**Methodology:** the research was initiated through a retrospective study in the archive of the Public Prosecutor's office by fulfilling files with the lawsuits data. The data found was then compared with information from other places in Brazil and the world.

**Results:** 43 processes, involving a total of 47 patients, were analyzed, Most of the victims were females (63.8%), with average age of 34 years old and living in São Luís (91.5%). The denouncers were relatives (46.5%) or the victims themselves (34.9%). The most common accusation was of non-intentional injury (51.1%), followed by involuntary manslaughter (37.8%), being negligence the kind of culpability in most cases (49%). In 93% of the lawsuits the medical chart was attached. The majority of the lawsuits had not been ruled yet (86%). 66 medical doctors were accused. In 65.1% of the cases only one doctor was involved, most of them were males (54.5%), with average age of 41 years old and specialized in gynecology and obstetrics (31.8%), followed by pediatrics (10.6%) and general surgery (7.6%). Regarding their education, the majority (91%) graduated in medicine in public universities. It was not possible to check whether or not they had some kind of post-graduation studies. Most of the cases were linked to urgency/emergency (69.8%) and surgeries (60.5%), occurred in public institutions (58.1%), considered as general hospitals (41.8%), and paid by the government (83.7%).

**Conclusion:** The processes analysed were denounced mainly by relatives of the patients and most of victims were females. The most common accusation was of non-intentional injury, by negligence. The majority of the lawsuits had not been ruled yet. The medical doctors envolved were males, with average age of 41 years old, specialized in gynecology and obstetrics and graduated in medicine in public universities. The attendances related to the processes have occurred in urgency/emergency situations, %, in public institutions and paid by the government.

**Keywords:** Medical mal practice. Metical Ethics. Bioethics.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos processos por erro médico na PRODESUS, por ano, em São Luís, no período de 2002 a 2007 .....	30
Figura 2 - Distribuição das vítimas, segundo gênero, nos processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.....	31
Figura 3 – Distribuição dos denunciantes nos processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.....	32
Figura 4 - Distribuição conforme o tipo de acusação nos processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.....	33
Figura 5 - Distribuição conforme o tipo de acusação, por ano, nos processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.....	34
Figura 6 – Distribuição, por gênero, dos médicos envolvidos em processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.....	36
Figura 7 – Distribuição dos médicos, segundo gênero, no Estado do Maranhão, no ano de 2008.....	37
Figura 8 – Distribuição das especialidades médicas mais freqüentemente envolvidas nos processos por erro médico, na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007 .....	39
Figura 9 – Distribuição dos médicos, de acordo com a especialidade, nos processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.....	39
Figura 10 – Distribuição dos médicos, segundo gênero e especialidade, nos processos por erro médico, na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007 .....	40
Figura 11 - Distribuição por tipo das instituições de saúde onde ocorreram atendimentos que resultaram em processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.....	41

Figura 12 – Distribuição por tipo de custeio dos atendimentos que resultaram em processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007 .....42

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do número de processos por erro médico, por ano, segundo o tipo da rede de saúde, na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.....	31
Tabela 2 – Distribuição do tipo de crime na acusação segundo a rede de saúde, nos processos por erro médico, na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.....	34
Tabela 3 – Distribuição entre o tipo de culpa segundo a rede de saúde, nos processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.....	35
Tabela 4 – Distribuição conforme a faixa etária dos médicos envolvidos em processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.....	37
Tabela 5 - Distribuição dos médicos de acordo com o tempo de graduação à época dos fatos nos processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.....	38
Tabela 6 – Distribuição dos processos por erro médico por tipo de instituição, segundo a rede de saúde, na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002-2007.....	42

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar  
CEM – Código de Ética Médica  
CFM – Conselho Federal de Medicina  
CINAEM - Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico  
CNJ - Conselho Nacional de Justiça  
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
CREMEB – Conselho Regional de Medicina da Bahia  
CREMERJ - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro  
CREMESC - Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina  
CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo  
CRM – Conselho Regional de Medicina  
CRMs – Conselhos Regionais de Medicina  
CRM/MA - Conselho Regional de Medicina do Estado do Maranhão  
CRM/MG - Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais  
EEG – Eletroencefalograma  
HIV – Vírus da imunodeficiência humana  
IML – Instituto Médico Legal  
INSS – Instituto Nacional da Seguridade Social  
JECRIM – Juizado Especial Criminal  
LECO – Litotripsia extracorpórea  
MP – Ministério Público  
OAB/MA – Ordem dos Advogados do Brasil, seccional do Maranhão  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PCA – Persistência do canal arterial  
PCR – Parada cardíaco-respiratória  
PEP – Processo ético-profissional  
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios  
PRODESUS - Promotoria de Justiça Especializada de Defesa da Saúde  
RN – Recém-nascido  
SOGESP – Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo  
STF - Supremo Tribunal Federal

STJ - Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

TACRIM/SP – Tribunal de Alçada Criminal do Estado de São Paulo

TEGO - Título de especialista em ginecologia e obstetrícia

UFMA - Universidade Federal do Maranhão

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIs – Unidades de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1.1 Referencial teórico</b> .....	19
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	27
<b>2.1 Geral</b> .....	27
<b>2.2 Específicos</b> .....	27
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	28
<b>4 RESULTADOS</b> .....	30
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	44
<b>5.1 Perfil das vítimas</b> .....	44
<b>5.2 Perfil das acusações</b> .....	45
<b>5.3 Perfil dos médicos</b> .....	52
<b>5.4 Perfil dos atendimentos</b> .....	64
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	66
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	68
<b>APÊNDICES</b> .....	76

## 1 INTRODUÇÃO

O erro médico é um assunto instigante, que tem despertado interesse desde tempos remotos até os dias atuais, especialmente com a crescente demanda de processos contra os médicos.

Todavia, é importante definir o que se entende por erro médico, porque várias podem ser as definições do mesmo. Algumas, inclusive, bastante amplas, abrangendo atitudes e situações que não deveriam ser percebidas como tal (KFOURI NETO, 2006; MORAES, 2003).

Juridicamente, erro médico é o dano a alguém causado pelo médico, em decorrência do exercício profissional, mediante ação ou omissão, cometido por imperícia, negligência ou imprudência, havendo um nexo de causalidade entre a conduta do médico e o dano. É o erro culposos, podendo ter conseqüências tanto na área cível, com pedidos de indenização, como na esfera penal ou criminal e também na administrativa, que é a dos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) (KFOURI NETO, 2002; TEIXEIRA, 2004).

Existem três formas de culpa, que podem ocorrer simultaneamente ou não em um mesmo fato alegado como erro médico. A imperícia ocorre quando há inobservância de uma regra técnica da profissão (KFOURI NETO, 2002; TEIXEIRA, 2004). Por exemplo: um médico que receita uma aspirina (ácido acetil salicílico) para um paciente com suspeita de dengue. A aspirina é absolutamente contra-indicada para situações deste tipo.

Imprudência é a não tomada de medidas necessárias devido ao açodamento, à falta de cautela por parte do profissional (GOMES et. al., 2002). Por exemplo: um cirurgião que, por pressa, não aguarda a chegada do anestesista para a realização de cirurgia eletiva e faz, sozinho, tanto a anestesia quanto a cirurgia. Durante a cirurgia, o paciente tem uma complicação pelo ato anestésico e morre.

Negligência ocorre quando o profissional deixa de ter os cuidados necessários, mas por uma conduta omissiva, de desleixo, pouco caso (KFOURI

NETO, 2002). Por exemplo: um cirurgião que não solicita os exames pré-operatórios antes de uma cirurgia eletiva. Durante o ato cirúrgico, o paciente sangra excessivamente e morre, por ter problemas de coagulação, não detectados no pré-operatório.

A diferença entre a imprudência e a negligência é que na primeira, há um comportamento ativo do profissional, uma conduta comissiva, mas feita de maneira apressada, sem a cautela que se deveria esperar para atos deste tipo. Já na negligência, a conduta é omissiva, ou seja, um não-fazer. Vale ressaltar que por vezes os diversos tipos de culpa ocorrem em um mesmo caso considerado como erro médico.

Para os Conselhos Regionais de Medicina, erro médico corresponde à infração do artigo 29 do Código de Ética Médica (CEM), o qual proíbe a prática pelo médico de atos profissionais que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência (D'ÁVILA, 1998; MACRI et al. 2004; MAIA, 1999).

Parte da imprensa leiga e também da população em geral confundem os conceitos de erro médico e mau resultado, considerando ter ocorrido um erro médico sempre que as expectativas dos pacientes e/ou seus familiares não são atendidas. Muitas vezes não aconteceu um erro médico, propriamente dito, levando-se em conta definição jurídica do termo (FRANÇA, 2007).

Por exemplo: a ocorrência de quelóide em uma cicatriz cirúrgica pode ser considerada um mau resultado, posto que não atende às expectativas do paciente, ainda mais quando se trata de procedimento de finalidade estética, mas não pode ser considerada, *a priori*, um erro médico, na acepção jurídica e médica do termo, uma vez que o médico não concorreu com culpa (negligência, imperícia e/ou imprudência) para obtenção deste resultado, haja vista que tal cicatrização anômala depende principalmente de fatores genéticos do próprio paciente e não da atuação do médico.

O máximo que o médico poderia fazer nestes casos seria alertar para a possibilidade de ocorrência deste fato, principalmente quando o

paciente ou seus familiares já possuem outras cicatrizes queloidianas, em especial quando se trata de procedimentos eletivos e estéticos.

Tecnicamente, a diferença fundamental entre um erro médico e o mau resultado é a ocorrência de culpa por parte do profissional (KFOURI NETO, 2002). É preciso avaliar se um resultado ruim ocorreu em decorrência de falha na atuação profissional do médico, através de ação ou omissão culposa, seja na forma de imperícia, imprudência e/ou negligência, ou se o efeito adverso foi decorrente da própria evolução da doença, ou por fator relacionado ao paciente, ou limitação dos conhecimentos científicos para tratamento de uma doença ou fatores outros para os quais o médico em nada contribuiu (por exemplo: reações anafiláticas a medicamentos, falta de leitos em hospitais).

Desta forma, muitas vezes são instaurados processos por erro médico devido a fatos que não podem ser caracterizados como tal, uma vez que não existiu culpa do médico para a ocorrência do evento danoso. No entanto, esta conclusão de se houve ou não erro médico propriamente dito só pode ser feita ao final do processo, após a análise de todos os fatores que envolveram a situação de fato.

No presente trabalho, foram analisados os processos criminais por erro médico, para traçar um perfil dos mesmos, considerando não apenas acusações que poderiam ser tecnicamente (no sentido jurídico e médico) consideradas um erro médico, ou seja, com comprovação da culpa do profissional, mas sim qualquer demanda na esfera criminal em que a vítima ou familiares ou o Ministério Público tenham considerado como suposta ocorrência de erro médico, com a instauração da ação penal contra o médico.

Neste ponto, cumpre esclarecer que um único fato em que se supõe ter ocorrido um erro médico pode gerar três tipos de processos, independentes entre si: civil (em que o autor demanda uma indenização pecuniária), criminal (em que o autor demanda a prisão do acusado) e administrativo (em que o autor pede uma punição ética perante o conselho de classe, que varia de uma advertência confidencial à cassação) (FRANÇA, 1992; KFOURI NETO, 2006).

Tanto os processos cíveis quanto os criminais tramitam no Poder Judiciário, que pode ser o Estadual ou o Federal, a depender do tipo de pessoas e instituições envolvidas. Os processos administrativos tramitam no Conselho Regional de Medicina (CRM) de cada Estado.

Nos processos cíveis, que tramitam no Poder Judiciário Estadual e Federal, não seria possível selecionar os processos por erro médico, uma vez que não há varas especializadas neste assunto em nosso Estado e não há forma de selecionar no sistema de computação deste órgão o tipo de processo por assunto, pois o sistema de computador utilizado não permite este tipo de busca.

As ações cíveis com os pedidos de indenizações por erro médico estão espalhadas pelas diversas varas cíveis e também da Fazenda Pública (se o autor quiser responsabilizar o ente público – Estado, Município ou União) e podem ter no pólo passivo do processo não apenas o médico como também o hospital, clínica, ente público e/ou plano de saúde.

No Brasil, muito pouco se sabe acerca dos processos por erro médico, uma vez que há poucos estudos que analisaram o problema e as estatísticas a este respeito não são precisas (BITENCOURT et. al., 2007; BOYACIYAN & CAMANO, 2006; D'ÁVILA, 1998; FALCÃO, 1993; MAIA, 1999; NOMURA et. al., 2006), sendo que nenhum deles estudou especificamente a realidade de São Luís.

Diante do crescente interesse na questão do erro médico, seu conceito, suas características e conseqüências, de um modo geral, esta pesquisa visou a abordar a problemática no âmbito penal, analisando as demandas contra médicos processados na Promotoria de Justiça Especializada de Defesa da Saúde (PRODESUS), em São Luís.

Quanto à escolha do local da pesquisa, cabem algumas considerações. A PRODESUS foi criada em 30/10/1998, para tratar das questões jurídicas envolvendo a área de saúde na cidade.

A escolha da PRODESUS em São Luís foi justificada porque concentra a quase totalidade das ações criminais em processos por erro médico da capital do Maranhão, além do fato de estes processos serem públicos, via de regra, o que não criaria nenhum obstáculo ao acesso dos documentos. Ademais, a maioria de estudos sobre erro médico aborda apenas os que tramitaram junto aos Conselhos Regionais de Medicina (BITENCOURT et. al., 2007; BOYACIYAN & CAMANO, 2006; D'ÁVILA, 1998; FALCÃO, 1993; MAIA, 1999; NOMURA et. al., 2006), sendo que não foi encontrada nenhuma pesquisa especificamente abordando o erro médico sob o âmbito penal, em São Luís.

As ações penais por erro médico (crimes de lesão corporal culposa e homicídio culposo) são, via de regra, iniciadas por denúncias formuladas pelo Ministério Público, uma vez que se trata de crimes de ação penal pública incondicionada (JESUS, 2007).

No entanto, em casos de omissão do Ministério Público em oferecer a denúncia no prazo legal, as vítimas ou seus familiares podem oferecer queixa subsidiariamente (ação penal privada subsidiária) (TEIXEIRA, 2004).

Daí porque se pode afirmar que as ações penais por erro médico estão concentradas na PRODESUS em São Luís, uma vez que o Ministério Público é o titular das ações penais nestes crimes, sendo o oferecimento de queixas-crime uma exceção.

A maioria dos estudos aponta a especialidade de Ginecologia-Obstetrícia como sendo a mais freqüentemente envolvida em processos por erro médico (BOYACIYAN & CAMANO, 2006; BITENCOURT et. al., 2007; D'ÁVILA, 1998; FALCÃO, 1993; MAIA, 1999; NOMURA et. al., 2006), sendo que isto tem um impacto direto acerca da saúde materno-infantil, o que foi motivo de averiguar se esta situação também ocorria em São Luís. Desta forma, o presente estudo buscou caracterizar os processos penais por erro médico na capital do Maranhão, para traçar um perfil destas demandas. Face o exposto, ficou patente a importância da análise dos processos penais por erro médico em São Luís.

## 1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

O primeiro registro normativo da história a abordar o erro médico foi o Código de Hammurabi, da Babilônia, há mais de dois mil anos antes de Cristo, no qual se previam punições corporais, podendo os profissionais ter suas mãos amputadas, por exemplo, quando porventura obtivessem maus resultados (GOMES et. al, 2002; HAMMURABI, 2004; KFOURI NETO, 2006).

Com o tempo, as várias sociedades deram diversos tratamentos aos médicos infratores, desde punições severas, incluindo a pena de morte, até a impunidade pelos atos ou a punição apenas por erros grosseiros (DANTAS, 2006).

Na Mesopotâmia, em tempos arcaicos, os médicos poderiam pagar até com a própria vida o insucesso de alguns tratamentos (DANTAS, 2006; GOMES et. al., 2002; MORAES, 2003).

Nestas ocasiões, pouco importava se o médico havia subjetivamente contribuído para tal resultado ou não. A responsabilidade pelo fracasso no tratamento era considerada de maneira objetiva, ou seja, sem avaliação de culpa (FRANÇA, 2007; KFOURI NETO, 2006; KÜNH, 2002).

O grande problema deste tipo de juízo se dava porque eram imputadas exclusivamente aos médicos falhas que poderiam ser devidas ao limitado conhecimento científico de época, ou também à própria patologia, em si incurável, ou a fatores ligados ao próprio doente, o qual poderia estar em um estágio mórbido avançado, impossibilitando resultados favoráveis (COUTINHO, 1997; COUTO FILHO & SOUZA, 2001; KFOURI NETO, 2006).

Na Roma antiga, com a Lei das XII Tábuas, a Lei de Áquila, a Lei Cornélia, dentre outras, estabeleceram-se alguns delitos específicos dos médicos, como: abandono de paciente, erros por imperícia e imprudência, dentre outros. Outrossim, delineou-se a questão da responsabilidade civil, com estabelecimento de penas pecuniárias (indenizações), decorrentes da obrigação do médico em reparar os danos provocados por sua atuação

profissional. À época, já havia, no entanto, a noção da necessidade de se estabelecer a culpa do médico para que lhe fosse aplicada uma punição (KFOURI NETO, 2006; SEBASTIAO, 2003).

Na Grécia da Antigüidade, a responsabilidade do médico por seus erros dependia da noção de culpa, a qual era avaliada por um conjunto de médicos, os quais determinavam se havia ocorrido ou não um erro na atuação do profissional (DANTAS, 2006; UDELSMANN, 2002).

No antigo Egito, o médico deveria, obrigatoriamente, seguir as prescrições do “Livro Sagrado” ou “Livro de Hermes-Toth”, o qual continha uma série de normas de saúde, higiene, dentre outras. Caso não seguisse estas regras, seria punido com a pena capital, independente do desfecho do caso clínico. Todavia, era impassível de qualquer responsabilidade se houvesse obedecido rigorosamente às orientações do referido livro (D’ ÁVILA, 1998; KFOURI NETO, 2006).

Na Idade Média, os médicos que ocasionassem danos por imperícia eram duramente punidos, com punições corporais e até pena de morte (COUTINHO, 1997). Segundo pondera o referido autor:

*“A partir do século XVIII é que se passou a reconhecer a necessidade de tolerância para com as falhas oriundas da própria imprecisão da ciência médica, no interesse inclusive, do seu próprio desenvolvimento.”*

Já na França do início do século XIX, estabeleceu-se que somente os erros médicos grosseiros poderiam ser punidos e o ônus da prova cabia ao paciente, através da obtenção de laudos periciais médicos conclusivos sobre a questão (KFOURI NETO, 2002; MORAES, 2003).

Atualmente, desde as últimas décadas do século XX, o aumento do número de processos judiciais contra médicos é um fenômeno significativo nas sociedades ocidentais (BITENCOURT et. al., 2007; BOYACIYAN & CAMANO,

2006; BUSADA, 2000; D'ÁVILA, 1998; FALCÃO, 1993; KFOURI NETO, 2006; MAIA, 1999; NOMURA et. al., 2006).

Até pouco tempo atrás, no Brasil, eram raros os processos contra médicos. Vigorava, então, a figura do médico de família, contra o qual dificilmente se iria reclamar judicialmente após um mau resultado ou insucesso no tratamento, dentre outros motivos, dadas as relações de afeição e proximidade com os seus pacientes (D'AVILA, 1998; FRANÇA & GOMES, 2000; ISMAEL, 2005; MAIA, 1999).

O antigo médico de família perdeu muito de sua importância. Ascendeu o médico especialista, em geral com um profundo domínio sobre uma pequena parcela do conhecimento médico, mas bastante impessoal e limitado na visão do paciente como um todo, inserido em uma dada realidade de compartimentos estanques, como se fosse possível conhecer o fundamento de um fragmento dissociado do todo (ISMAEL, 2005; MARTINS, 2003; MORAES, 2003; PAULO & ZANINI, 1997).

A Medicina hodierna evoluiu sobremaneira, possibilitando recursos às vezes inimagináveis para os médicos de outrora. Infelizmente, em paralelo ao progresso científico da Medicina, houve, de modo geral, um certo descaso para com a relação médico-paciente (COUTO FILHO & SOUZA, 2001; MENDES et. al., 2005; PAULO & ZANINI, 1997). Mas não se pode deixar de considerar que os métodos atuais de diagnóstico e tratamento tendem a ser mais complexos e invasivos, podendo ocasionar efeitos colaterais e iatrogenias (MENDES et. al, 2005).

O enfraquecimento da relação médico-paciente, aliado a um maior grau de conscientização dos cidadãos no que tange aos seus direitos, com especial destaque, hoje em dia no Brasil, ao Código de Defesa do Consumidor, fez com que uma parcela dos usuários dos serviços médicos ficassem cada vez mais exigentes em relação ao atendimento e aos resultados obtidos, procurando prontamente as vias judiciais e/ou administrativas nas vezes em que se sintam prejudicados (DALLARI, 1995; GAUDERER, 2002; ISMAEL, 2005; KÜNH, 2002).

O aumento do número de demandas judiciais contra médicos tem sido alvo de atenção da mídia, com grande repercussão na classe médica, proporcionando o desenvolvimento da assim chamada “medicina defensiva” e a discussão sobre a implantação ou não de seguro de responsabilidade civil. A sociedade em geral, frente a essa nova situação, reagiu com desconfiança em relação à atuação dos médicos. Pode-se dizer que houve uma vulgarização do profissional, que ao fim e ao cabo, prejudica a própria sociedade (BLOISE, 1997; BUSADA, 2000; CAPELLA, 2008; MARTHA & PEREIRA, 1997; VIEIRA, 2001).

Este tema do erro médico, que já é bastante estudado nos Estados Unidos e em certos países da Europa, ainda era relativamente pouco focalizado no Brasil e em alguns países da América Latina até algum tempo atrás. Entretanto, nos últimos anos, esta situação vem se modificando progressivamente, com um maior interesse em se estudar e debater este problema (BITENCOURT et. al., 2007; BOYACIYAN & CAMANO, 2006; D’ÁVILA, 1998; FALCÃO, 1993; MACRI et. al., 2004; MAIA, 1999; MONTOYA et. al., 1993; NOMURA et. al., 2006; SCHLICHT et. al., 1996).

O aumento das demandas contra médicos nos últimos anos tem sido um fenômeno notável no Brasil (ABATE, 2008; CAPELLA, 2008; COTES, 2005; DENÚNCIAS, 2006; GINECOLOGIA, 2006; RIGOTTI, 2008).

De acordo com Maia (1999), em pesquisa na qual foi feito um levantamento dos processos em grau de recurso que deram entrada no Conselho Federal de Medicina (CFM) no período de 1988 a 1998, verificou-se que o número de recursos aumentou quase seis vezes em apenas uma década.

Nos Conselhos Regionais também se tem observado um significativo aumento de demandas contra médicos nos últimos anos (BITENCOURT et. al., 2007; BOYACIYAN & CAMANO, 2006; D’ÁVILA, 1998; FALCÃO, 1993; MACRI et. al., 2004; NOMURA et. al., 2004).

No Estado de Santa Catarina, de acordo com a dissertação de D’Avila (1998), que avaliou os processos ético-profissionais desde a criação do

Conselho Regional de Medicina deste Estado, em 1958 até o ano de 1996, foi observado um aumento acentuado do número de processos, sendo que, no período compreendido entre 1990 e 1996, ocorreram 75% de todas as denúncias apresentadas na história do Conselho.

No Rio de Janeiro, Falcão (1993) também realçou o aumento significativo das denúncias contra médicos no Conselho Regional de Medicina (CRM) local, demonstrando que em 1988 havia 267 denúncias, sendo que houve um salto para 524 em 1992, ou seja, quase o dobro de denúncias em cinco anos.

No mesmo sentido, Macri et. al. (2004), que estudaram os processos ético-profissionais (PEP) no período de 1995 a 2000 em São José do Rio Preto, cidade do interior do Estado de São Paulo, e Bitencourt et. al. (2007), que analisaram os PEP no CREMEB (Conselho Regional de Medicina da Bahia), no período de 2000 a 2004, verificaram um aumento da demanda contra médicos nestes últimos anos.

Vários fatores são elencados como importantes para este incremento acentuado no número de processos contra médicos, dentre eles: o aumento do número de médicos com formação deficiente, um maior grau de conscientização da população acerca de seus direitos, más condições de atendimento, a influência da mídia, mas, principalmente a deterioração na qualidade da relação médico-paciente (AMORIM & LEITE, 2007; BITENCOURT et. al., 2007; BOHOMOL, 2002; CAMPOS, 2006; CARVALHO & VIEIRA, 2002; FIGUEIREDO et. al., 2006; FRANÇA & GOMES, 2000; ISMAEL, 2005).

Segundo o relatório geral da CINAEM (Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico), as escolas médicas brasileiras, de um modo geral, não estão formando profissionais que atendam às necessidades da população, posto que os médicos recém-formados apresentam uma formação ética e humanística deficiente, uma concepção funcionalista do processo saúde-doença, especialização precoce e são incapazes de se manterem atualizados (BITENCOURT et. al., 2007; NEVES, 2005; PICCINI, et al., 1997).

No entanto, as deficiências no ensino médico brasileiro, em si, não são suficientes para explicar tal fenômeno, uma vez que errar é imanente à espécie humana, logo, os médicos sempre erraram e continuarão errando, por maior que seja o grau de preparo intelectual, técnico ou ético.

Desta forma, surgem questionamentos: por que então apenas nestes últimos anos é que se tem denunciado tanto erro médico? O que será que está motivando as pessoas a reclamarem dos médicos ultimamente?

Estas perguntas se tornam ainda mais complexas se forem considerados os enormes avanços científicos da Medicina atual. O médico de hoje tem a seu dispor um aparato tecnológico bastante superior ao utilizado pelos médicos de outrora. Exames complementares variados, recursos de imagem precisos, vacinas, drogas sofisticadas, conhecimentos de imunologia, de citologia, de genética humana, dentre outros, que pelo menos em tese, dar-lhe-iam uma margem de erro bem menor do que a dos médicos que trabalhavam sem estes recursos (BOHOMOL, 2002; CARVALHO & VIEIRA, 2002; COUTO FILHO & SOUZA, 2001; MENDES et. al., 2005).

O que a maioria dos estudiosos da questão do erro médico aponta é que grande parte dos profissionais da Medicina, ao invés de aliar os benefícios destes recursos à boa e antiga anamnese e a um exame clínico atencioso, muitas das vezes acabaram por substituir ou diminuir a importância destes, afastando-se física e psicologicamente dos seus pacientes (MARTINS, 2003; PAULO & ZANINI, 1997; FRANÇA, 2007).

Na mesma linha de raciocínio, Moraes (2003) sentencia:

*“Poucos se atrevem a dizê-lo, mas há consenso quanto à idéia que o médico desleixa no exame clínico para se apoiar nos exames complementares cada vez mais sofisticados e os quais não está adequadamente preparado para interpretar.”*

O resultado desta substituição indesejável da atenção humana pelos recursos da tecnologia não demonstrou ganhos substanciais nem para os médicos nem para seus pacientes (D'ÁVILA, 1998).

Não se trata de ser contra o desenvolvimento da ciência e o uso de tecnologia de ponta na Medicina. O grande problema ocorre quando a valorização excessiva destes meios pretere a qualidade de relacionamento interpessoal que deve ocorrer entre o médico e o paciente, quando o médico fortemente afeito aos recursos tecnológicos esquece que está lidando com seres humanos, os quais têm sentimentos, problemas, valores, e não com um órgão ou patologia (ISMAEL, 2005; PAULO & ZANINI, 1997).

Quando se olvida que a Medicina não é uma ciência exata e que uma boa relação médico-paciente, associada à tecnologia, é mais benéfica do que a simples prescrição de medicamentos de última linha, ou exames complementares sofisticados utilizados sem critério, os processos por supostos erros médicos tendem a aumentar. A função do médico não pode se restringir a tratar resultados desses exames e sim as pessoas como um todo (FRANÇA & GOMES, 2000; MARTINS, 2003).

O médico, mesmo com todo progresso científico que tem ao seu dispor, não deve ignorar as sábias palavras do filósofo Platão (apud FRANÇA & GOMES, 2000), que ensinava: “*O maior erro dos médicos é tentar curar o corpo sem tentar curar a alma.*”

Ademais, não se pode esquecer também que os pacientes de hoje não são como os de antigamente. Atualmente, o desenvolvimento dos meios de comunicação, a ampla divulgação de informações e direitos transformou o paciente em um cliente, com mais autonomia, apto e disposto a conhecer e decidir acerca de tudo o que tenha relação com a sua saúde (DALLARI, 1995; GAUDERER, 2002; RIBEIRO et. al., 2006).

Todavia, nesta questão de erro médico, mais especificamente no que tange ao recente incremento do número de demandas contra médicos, a maioria dos autores que abordam as possíveis causas de tal fenômeno apontam as falhas no relacionamento entre o médico e o paciente (incluindo

seus familiares) como o principal fator responsável por processos por erro médico (BITENCOURT, 2007; D'ÁVILA, 1998; FRANÇA & GOMES, 2000).

Como bem considera Vasconcelos (1999): *“Para boa parte dos pacientes, porém ocorre erro médico toda vez que sua expectativa em relação ao diagnóstico ou tratamento não foi correspondida pelo médico”*.

E, dificilmente, as expectativas de um paciente serão atendidas quando o médico lhe dispensa um tratamento frio, impessoal e até grosseiro, um exame clínico apressado e desconsidera sua condição de pessoa e o contexto em que está inserida. Enfim, os médicos são julgados pelos pacientes mais por seu comportamento humano e pela qualidade do relacionamento que estabelece do que pelas suas habilidades técnicas (FRANÇA, 2007; MARTINS, 2003).

Não se pode olvidar que em vários lugares do Brasil, incluindo o Maranhão e especificamente a cidade de São Luís, existe uma precariedade estrutural nos serviços de saúde, em especial na área pública, com insuficiência de leitos, falta de materiais, desproporção entre o corpo de funcionários e a população a ser atendida, o que também prejudica, e muito, a relação médico-paciente e também a qualidade do atendimento médico (AMORIM et al., 2007; CAMPOS, 2006; LINHARES JÚNIOR, 2005; PAIVA, 2008; RIBEIRO et. al. 2006; WADA, 2007).

O desenvolvimento científico ensina o quanto se pode aprender com os erros, para verificar em que situações ele ocorre com maior frequência e assim tomar medidas efetivas para evitar que se repitam. Já ensinava o médico judeu espanhol Maimônides (apud GOMES et. al., 2002): *“Hoje pode se descobrir os erros de ontem e amanhã obter talvez nova luz sobre aquilo que se pensa ter certeza”*.

O estudo dos erros é de suma importância para o crescimento e aprimoramento de qualquer ramo do conhecimento. Como bem considera Ernest Mach (apud MORAES, 2003): *“Um erro claramente reconhecido é, a título de corretivo, tão preciso para a ciência quanto a verdade.”*

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Caracterizar o perfil dos processos criminais por erro médico iniciados na Promotoria de Justiça Especializada de Defesa da Saúde em São Luís, no período de 2002 a 2007.

### **2.2 Específicos**

Caracterizar os pacientes envolvidos quanto a: idade, sexo, escolaridade, profissão e local de residência;

Identificar quem fez a denúncia (próprio paciente, familiar, cônjuge, dentre outros);

Caracterizar as acusações: tipo de crime alegado (homicídio culposo, lesão corporal culposa, omissão de socorro), o tipo de culpa alegada, número de processos por ano, existência ou não de cópia de prontuários médicos nos mesmos e a duração dos processos;

Caracterizar os médicos envolvidos nos processos quanto ao sexo, idade, número de médicos acusados, especialidade, formação acadêmica, tempo de experiência profissional e existência ou não de condenação anterior por erro médico;

Caracterizar o tipo de atendimento que gerou os processos por erro médico (ambulatorial, hospitalar, eletivo ou de urgência/emergência, em serviços públicos ou privados, cirúrgicos ou clínicos).

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com desenho não experimental, em que foi feita a revisão de processos criminais por erro médico em São Luís.

Foi realizada a coleta de dados sobre um intervalo de tempo de seis anos (2002 a 2007), em que foi feita uma pesquisa documental nos arquivos da Promotoria de Justiça Especializada de Defesa da Saúde (PRODESUS), em São Luís, através do preenchimento de fichas (Apêndice A).

A referida promotoria é a que concentra a maioria dos processos criminais por erro médico na cidade de São Luís e por esta razão foi o local escolhido para realizar o estudo de campo.

A escolha das variáveis que constam na ficha protocolo teve por base os dados colhidos na literatura específica sobre o tema, de forma a contemplar aspectos relevantes para análise da problemática, uma vez que não existe um documento validado nesta área de pesquisa.

De posse dos processos, foi feita a coleta de dados, mediante o preenchimento do formulário em anexo, traçando um perfil das partes requerentes, incluindo: idade, sexo, escolaridade, profissão e local de residência dos autores das demandas, um perfil dos médicos, com: sexo, idade, número de médicos acusados, especialidade, formação acadêmica e tempo de experiência profissional, o tipo de instituição onde os fatos que deram origem à reclamação ocorreram (instituições públicas ou privadas de saúde) e também um perfil dos processos, através da informação do número de processos por ano, o tipo de acusação, a existência ou não de prontuário médico e a duração dos processos.

Em relação aos dados dos médicos envolvidos, como nos processos da Promotoria não constava a maior parte das informações (idade, formação acadêmica, experiência profissional), foi feita uma busca destes dados junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Maranhão (CRM/MA), onde

também foi verificado se o médico possuía condenação em processo ético-profissional (Apêndice A).

A opção metodológica de trabalhar com os bancos de dados já disponíveis pareceu vantajosa para responder ao problema da utilização do serviço, em razão da facilidade de execução, baixo custo relativo e capacidade de responder às perguntas fundamentais.

A questão do sigilo das informações está devidamente ressalvada através da não identificação das partes envolvidas na ficha protocolo de coleta de dados (Apêndice A) bem como através do Termo de Compromisso da Pesquisadora, que segue (Apêndice B). O projeto foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU/UFMA), conforme parecer nº 251/2005.

Os dados foram digitados no programa Epi Info, versão 3.4.3 e analisados no STATA 9.0. As variáveis em estudo são apresentadas por meio de frequências e porcentagens.

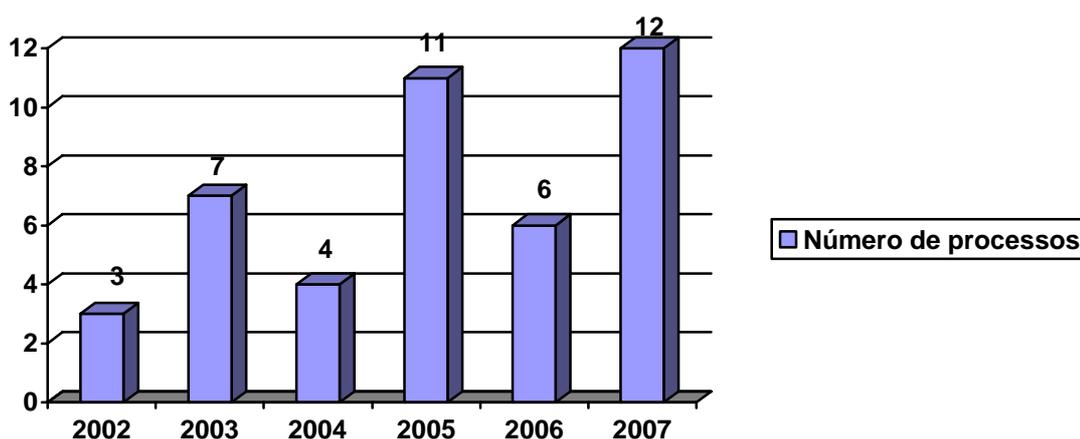
Para verificar associação entre o tipo de crime e a rede de saúde e também entre o tipo de culpa alegada nos processos por erro médico e o local de ocorrência do atendimento (rede pública ou privada de saúde), foi utilizado o teste exato de Fisher, uma vez que a casuística encontrada foi pequena ( $n < 50$ ). O nível de significância adotado foi de 5% (cinco por cento).

Posteriormente, os resultados obtidos foram comparados com outros estudos já realizados em outros lugares do Brasil e do mundo. Por fim, foi feita a análise e discussão dos resultados, com o objetivo de delimitar seu alcance e propor sugestões para a questão.

## 4 RESULTADOS

No período de 2002 a 2007, houve 46 processos por supostos erros médicos na PRODESUS, sendo que só foi possível analisar 43 processos, posto que três deles não estavam disponíveis para análise (foram enviados para uma delegacia e não devolveram nem permitiram que os mesmos fossem analisados na delegacia). Os processos foram distribuídos conforme a figura abaixo:

Figura 1 - Distribuição dos processos por erro médico na PRODESUS, por ano, em São Luís, no período de 2002 a 2007.



Fonte: Arquivos da PRODESUS, 2008.

Observa-se, na figura 1, que os anos de 2007 e 2005 foram os que tiveram maior incidência de processos por erro médico.

Durante todo o período analisado, a maior parte dos atendimentos ocorreu na rede pública de saúde, conforme se pode verificar na tabela que se segue.

Vale ressaltar que a rede pública de saúde inclui tanto as instituições públicas de saúde propriamente ditas, tais como: hospitais, maternidades, unidades mistas, como também as instituições privadas contratadas pelo Poder Público de forma complementar, que incluem clínicas ou hospitais privados,

custeados pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e as entidades filantrópicas, também conveniadas ao SUS.

Tabela 1 – Distribuição do número de processos por erro médico, por ano, segundo o tipo de rede de saúde, na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.

Ano	Rede	Percentual	Rede	Percentual
	Pública		Privada	
2002	2	5,5	1	14,3
2003	6	16,7	1	14,3
2004	4	11,1	0	0
2005	9	25,0	2	28,5
2006	5	13,9	1	14,3
2007	10	27,8	2	28,5
Total	36	100,0	7	100

Fonte: Arquivos da PRODESUS, 2008.

Nos 43 processos analisados, houve 47 pacientes envolvidos, pois em quatro processos houve dois pacientes simultaneamente (mãe e recém-nascido). A maioria era do sexo feminino (63,8 %, n=30).

Figura 2 - Distribuição das vítimas, segundo gênero, nos processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.



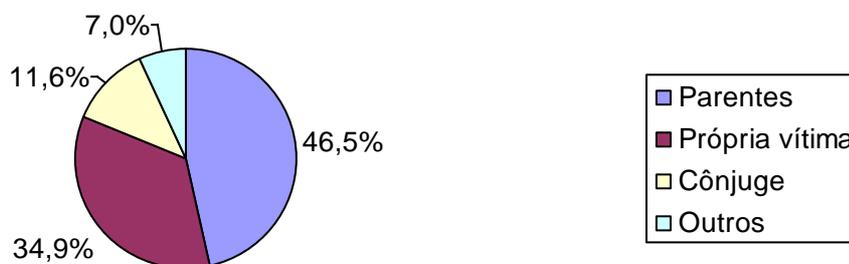
Fonte: Arquivos da PRODESUS, 2008.

A idade média das vítimas foi de 34 anos, sendo que o paciente mais idoso tinha 86 anos e o mais novo era um recém-nascido.

Entre as pessoas que figuravam como vítimas de erro médico, a maior parte era residente em São Luís (91,5 %, n=43), sendo que apenas 4 pacientes (8,5%) eram residentes no interior do Maranhão. Não houve pacientes residentes em outros Estados do Brasil ou de outros países.

A maior parte dos denunciante era parente das vítimas (46,5%, n=20). Em 34,9% (n=15), o denunciante foi o próprio paciente. O cônjuge foi o denunciante em 11,6% dos casos (n=5), sendo que outras opções (amigo, conselho tutelar e advogado) representaram 7% (3 casos) dos processos analisados.

Figura 3 – Distribuição dos denunciante nos processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.



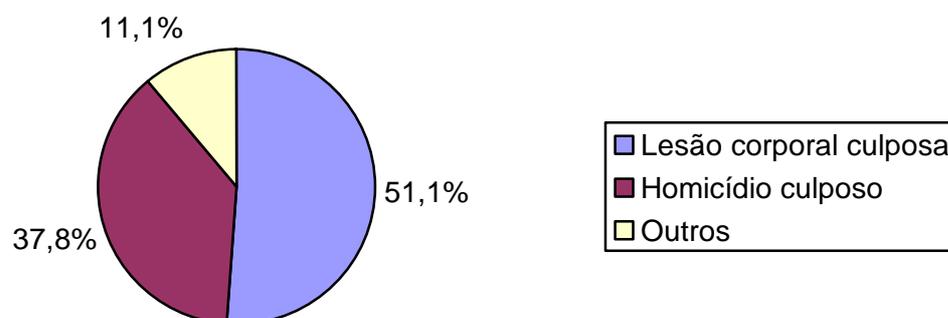
Fonte: Arquivos da PRODESUS, 2008.

Não foi possível identificar a escolaridade e a profissão das vítimas na maior parte dos processos analisados (91,5%, n=43), pois tais dados não estavam especificados nos mesmos.

A maior parte das acusações nos processos foi por lesão corporal culposa (51,1%, n=23), seguida por homicídio culposo 37,8% (n=17). Outras

acusações, tais como: maus tratos e omissão de socorro, representaram 11,1% (n=5) dos casos. Não houve acusação por crime doloso nos processos por erro médico<sup>1</sup>. Em cinco casos, houve mais de uma acusação em um processo, em que, por exemplo, houve a acusação de lesão corporal culposa em relação à mãe e homicídio culposo em relação ao recém-nascido.

Figura 4 – Distribuição conforme o tipo de acusação nos processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.



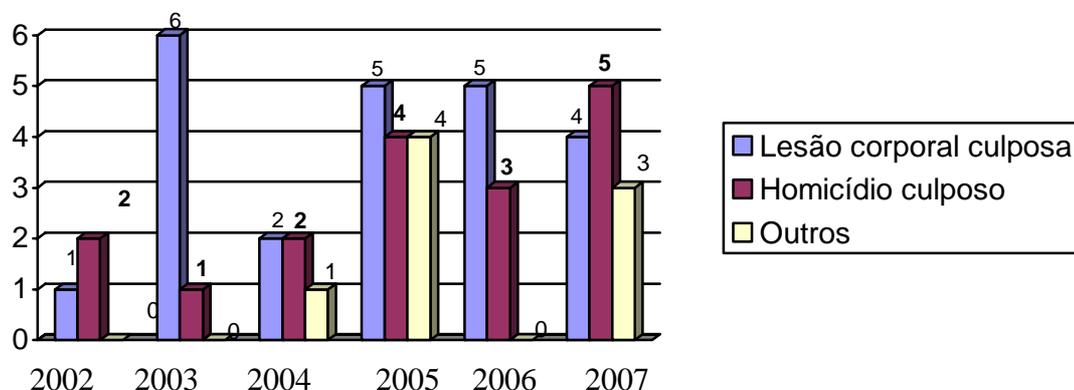
Fonte: Arquivos da PRODESUS, 2008.

A distribuição dos processos, ano a ano, conforme o tipo de acusação está exposta na figura a seguir. Verificou-se que na maioria dos anos, a acusação pelo crime de lesão corporal culposa sempre prevaleceu sobre as demais.

---

<sup>1</sup> Existe uma parcela minoritária da doutrina e jurisprudência que considera a possibilidade de haver acusação por erro médico, na modalidade de dolo eventual, que é aquele em que o autor do fato criminoso assume o risco de provocar o dano, tendo a punição dos crimes dolosos (ou seja, intencionais) (TEIXEIRA, 2004).

Figura 5 – Distribuição conforme o tipo de acusação, por ano, nos processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.



Fonte: Arquivos da PRODESUS, 2008.

Quando verificada a existência de associação entre o tipo de crime e a rede de saúde, não se verificou associação estatisticamente significativa, através do Exato de Fisher ( $p = 0,408$ ).

Tabela 2 – Distribuição do tipo de crime na acusação segundo a rede de saúde, nos processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.

Tipo de crime	REDE			
	Pública		Privada	
	f	%	f	%
Homicídio culposo	13	34,2	4	57,1
Lesão corporal culposa	21	55,3	2	28,6
Outros	4	10,5	1	14,3
Total	38	100	7	100

Fonte: Arquivos da PRODESUS, 2008.

O tipo de culpa mais alegado foi a negligência, com 49 % dos casos (n=25). A segunda forma de culpa foi a imperícia (35,3%, n=18). Em 13,7% dos casos (n=7) a culpa não foi especificada, sendo que em apenas um caso foi alegada imprudência (2%). Em oito processos, houve mais de um tipo de culpa imputada aos médicos.

Analisando a ocorrência de associação estatisticamente significativa entre o tipo de culpa alegada nos processos por erro médico e o local de ocorrência do atendimento (rede pública ou privada de saúde), verificou-se que não houve significância estatística pelo teste Exato de Fisher ( $p = 0,9999$ ), conforme demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 3 – Distribuição do tipo de culpa segundo a rede de saúde, nos processos por erro médico, na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.

Tipo de culpa	REDE			
	Pública		Privada	
	f	%	f	%
Negligência	20	47,6	5	55,6
Imperícia	15	35,7	3	33,3
Imprudência	1	2,4	0	0,0
Não especificado	6	14,3	1	11,1
Total	42	100	9	100

Fonte: Arquivos da PRODESUS, 2008.

A maioria dos processos analisados ainda estava em tramitação (86%, n=37), de forma que não foi possível aferir a duração dos mesmos. Apenas 6 processos (14%) foram concluídos neste período, sendo que, em todos, o Ministério Público pediu o arquivamento dos mesmos, seja por

prescrição (um caso), ou seja, houve uma extinção da punibilidade em razão do decurso do tempo, como também por ausência denexo de causalidade (dois casos) ou ausência de responsabilidade penal dos médicos (três casos).

Em 93% dos processos (n=40), havia a cópia do prontuário para comprovar as alegações da acusação e/ou da defesa. Apenas três processos não tinham cópia do prontuário, o que representou 7% do universo estudado. Todos os processos em que não havia cópia do prontuário ocorreram em instituições da rede pública de saúde.

Na maioria dos processos (65,1 %, n=28), havia apenas um médico envolvido, com a média de 1,5 médicos por processo. Em 27,9 % dos casos (n=12), havia dois ou mais profissionais sendo acusados por erro médico, sendo que o máximo encontrado foi de sete médicos em um processo. Em três processos, os médicos não foram especificados (acusação genérica contra o hospital ou contra a equipe de plantão), o que representa 7% do universo analisado.

Nos 43 processos analisados, houve 66 médicos envolvidos. A maior parte era do sexo masculino (54,5%, n=36). As médicas representaram 37,9% (n=25) e não foi possível especificar o sexo em cinco casos, o que representou 7,6% do universo estudado.

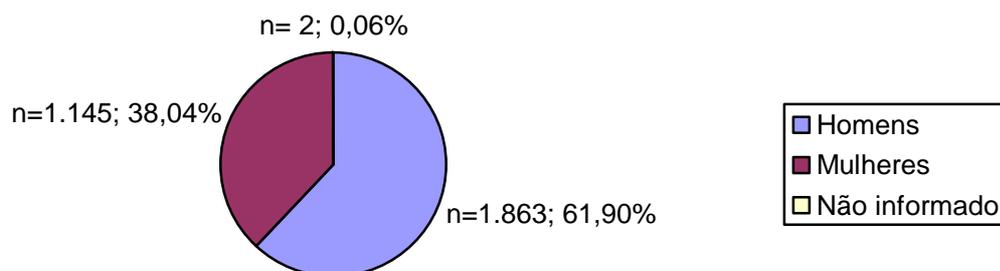
Figura 6 – Distribuição, por gênero, dos médicos envolvidos em processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.



Fonte: Arquivos da PRODESUS, 2008.

No Maranhão, segundo estatísticas do CFM, em 2008, 61,9% dos médicos do Estado são do sexo masculino (CONSELHO, 2008).

Figura 7 – Distribuição dos médicos, segundo o gênero, no Estado do Maranhão, no ano de 2008.



Fonte: Conselho Federal de Medicina, 2008.

A idade média dos médicos envolvidos nos processos da PRODESUS foi de 41 anos, tendo o mais jovem 24 anos e o mais velho 60 anos. Os médicos foram distribuídos conforme as faixas etárias listadas na tabela abaixo:

Tabela 4 – Distribuição conforme a faixa etária dos médicos envolvidos em processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.

Faixa Etária	Freqüência	Percentual	Percentual Acumulado
21 a 30 anos	11	16,7	16,7
31 a 40 anos	21	31,8	48,5
41 a 50 anos	14	21,2	69,7
51 a 60 anos	15	22,7	92,4
Não especificado	5	7,6	100,0
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Arquivos da PRODESUS, 2008.

Em relação à experiência profissional do médico à época dos fatos narrados no processo, verificou-se que a faixa de experiência profissional mais acometida nos processos por erro médico foi daqueles que contavam com mais de vinte anos de graduação, podendo-se afirmar, portanto, que eram médicos experientes. Vale ressaltar que só houve um único caso em que o médico envolvido era um recém-formado, ou seja, com experiência profissional inferior a dois anos na época dos fatos.

A distribuição dos médicos de acordo com a experiência profissional está demonstrada na tabela a seguir.

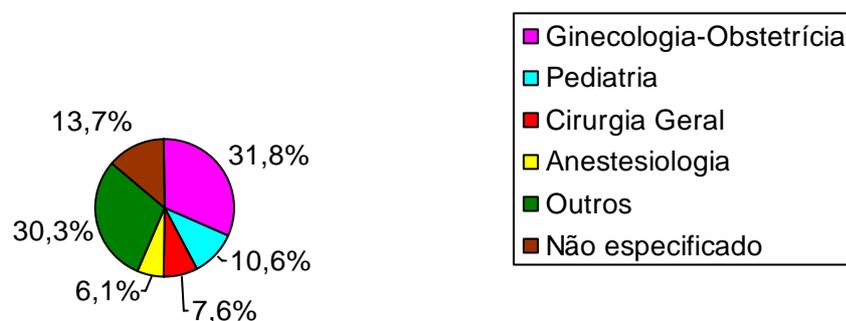
Tabela 5 - Distribuição dos médicos de acordo com o tempo de graduação à época dos fatos nos processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.

<b>Tempo de graduação</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Percentual Acumulado</b>
Menor que dois anos	1	1,5	1,5
De dois a cinco anos	9	13,6	15,1
De seis a dez anos	14	21,2	36,3
De onze a quinze anos	13	19,7	56
De dezesseis a vinte anos	6	9,1	65,1
Maior que vinte anos	18	27,3	92,4
Não especificado	5	7,6	100,0
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Arquivos da PRODESUS, 2008.

Em relação às especialidades médicas, as mais freqüentemente apontadas foram: em primeiro lugar, a Ginecologia-Obstetrícia, com 31,8% dos casos (n=21); em segundo lugar, a Pediatria, com 10,6% (n=6), em terceiro, a Cirurgia Geral, com 7,6% (n=5) e em quarto a Anestesiologia, com 6,1% (n=4). Outras especialidades somaram 30,3% (n=20). Em 13,7% dos casos, a especialidade dos médicos não foi especificada nos processos.

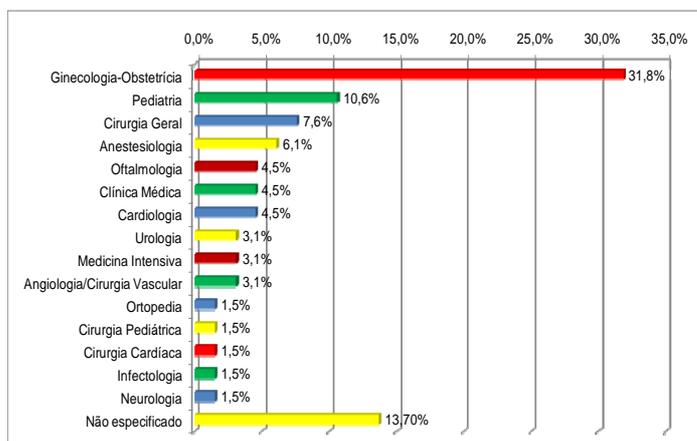
Figura 8 – Distribuição das especialidades médicas mais freqüentemente envolvidas nos processos por erro médico, na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.



Fonte: Arquivos da PRODESUS, 2008.

Ao todo, houve 16 especialidades envolvidas nos processos analisados. A distribuição detalhada das freqüências das mesmas está exposta conforme a figura a seguir.

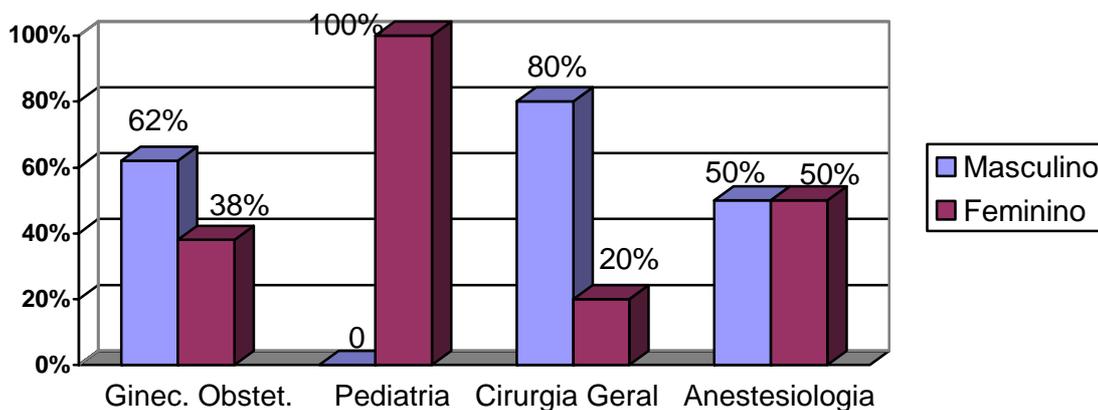
Figura 9 - Distribuição dos médicos de acordo com a especialidade nos processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.



Fonte: Arquivos da PRODESUS, 2008.

Quando se analisa as especialidades mais acometidas por processos e o gênero dos profissionais, verificou-se que houve predomínio de profissionais do sexo masculino na Ginecologia-Obstetrícia, com 62% (n=13). Já na Pediatria, todos os profissionais eram do sexo feminino (n=7). Na Cirurgia, 80% de médicos (n=4) eram homens. Na especialidade de Anestesiologia, houve empate, sendo 50% de homens (n=2) e 50% de mulheres (n=2).

Figura 10 – Distribuição dos médicos, segundo gênero e especialidade, nos processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.



Fonte: Arquivos da PRODESUS, 2008.

Quanto à formação profissional, só foi possível avaliar a instituição de graduação. A quase totalidade formou-se em universidades públicas (90,9%, n=60). Apenas um médico era graduado em universidade privada, o que representou 1,5% do universo estudado.

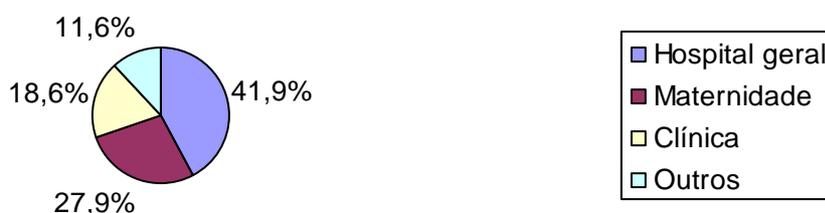
No que diz respeito à realização ou não de pós-graduação, seja *latu sensu* ou *strictu sensu*, bem como a obtenção ou não de título de especialista na área de atuação profissional, este dado não foi possível de ser avaliado posto que nenhum dos médicos envolvidos nos processos por erro médico na PRODESUS havia informado ou registrado junto ao CRM/MA a existência ou não de algum tipo de pós-graduação realizada (residência, especialização, mestrado, doutorado, estágio).

Nenhum dos médicos envolvidos nos processos da Promotoria possuía condenação em processo ético-profissional no CRM/MA.

Todos os estabelecimentos de saúde em que ocorreram os atendimentos médicos que resultaram nos processos estavam localizados em São Luís. Não houve denúncias referentes a atendimentos realizados (ou que foram deixados de realizar, quando deveriam ter ocorrido), no todo ou em parte, no interior do estado do Maranhão nem em outros estados da federação brasileira.

No que diz respeito aos dados do atendimento, a maior parte dos processos se refere a fatos ocorridos em hospitais gerais (41,8%, n=18). Em segundo lugar, ficaram as maternidades, com 27,9% (n=12). As clínicas ficaram em terceiro lugar com 18,6% (n=8). Os hospitais especializados representaram 9,3 % (n= 4) e as unidades mistas foram 2,3% (1 caso).

Figura 11 - Distribuição por tipo das instituições de saúde onde ocorreram atendimentos que resultaram em processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.



Fonte: Arquivos da PRODESUS, 2008.

Quanto à natureza jurídica das instituições, a maioria dos atendimentos se deu em instituições públicas de saúde (58,1%, n=25), sendo 32,6 % (n=14) em instituições de natureza privada e 9,3 % (n=4) em entidades filantrópicas.

Dentre as instituições de natureza privada (n=14), em sete casos o atendimento foi contratado pelo SUS (50%). As entidades filantrópicas, representadas por dois casos de hospitais gerais, uma clínica e um hospital especializado (n=4) também são conveniadas pelo SUS.

Desta forma, a rede pública de saúde é composta tanto pelas instituições públicas, que na presente pesquisa representaram 58,1% (n=25), como também as pessoas jurídicas de direito privado contratadas pelo SUS (n=7), que constituíram 16,3% do universo estudado e as entidades filantrópicas (n=4), com 9,3%, totalizando o percentual de 83,7% dos atendimentos envolvidos nos processos analisados.

Quando se analisou o tipo de instituição com a rede de saúde (pública e privada), constatou-se que a maioria dos atendimentos se deu em hospitais e maternidades públicas (28% cada).

Vale ressaltar que não houve nenhum processo por suposto erro médico envolvendo maternidades da rede privada, conforme se verifica na tabela a seguir:

Tabela 6 – Distribuição dos processos por erro médico por tipo de instituição, segundo a rede de saúde, na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002-2007.

Tipo de instituição	REDE			
	Pública		Privada	
	f	%	f	%
Hospital geral	12	28	6	14
Maternidade	12	28	0	0
Clínicas	8	18,6	0	0
Hospital especializado	3	6,8	1	2,3
Unidade Mista	1	2,3	0	0
Total	36	100	7	100

Fonte: Arquivos da PRODESUS, 2008.

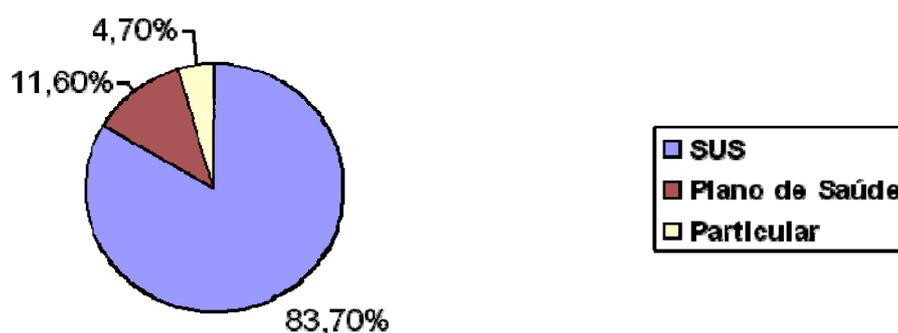
A maior parte dos atendimentos que resultaram nos processos por erro médico foram de urgência/emergência (69,8%, n=30). Os casos que ocorreram em atendimentos eletivos foram apenas 30,2% (n=13)

O atendimento foi durante uma internação hospitalar (81,4%, n=35), na maior parte dos processos. Os atendimentos ambulatoriais, incluindo observação de até 12 horas, representaram 16,2% (n=7). Só houve um processo que decorreu de atendimento em consulta (2,3%)<sup>2</sup>.

Os atendimentos em questão eram predominantemente cirúrgicos (60,5%, n=26), sendo que 20,9 % (n=9) foram da área clínica e 18,6% (n=8) envolveram atendimentos em UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

A maioria dos atendimentos foi custeada pelo SUS (Sistema Único de Saúde) (83,7 %, n=36). Em 11,6% dos casos (n=5), o pagamento foi feito por plano de saúde e apenas dois casos (4,7%) foram particular, ou seja, pagos integralmente pelo próprio paciente ou familiar. A distribuição dos atendimentos quanto ao custeio está exposta na figura que se segue:

Figura 12 – Distribuição por tipo de custeio dos atendimentos que resultaram em processos por erro médico na PRODESUS, em São Luís, no período de 2002 a 2007.



Fonte: Arquivos da PRODESUS, 2008.

<sup>2</sup> Considerou-se atendimento ambulatorial, com observação de até 12 horas, aquele em que o paciente é atendido e, em geral, recebe medicações, realiza pequenas cirurgias ou algum outro tipo de tratamento e fica em observação no local em que foi atendido pelo período de até 12 horas. Já a consulta compreende apenas os atendimentos realizados pelo médico em consultório, sem que o paciente fique em observação.

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Perfil das vítimas

Na maioria dos casos analisados neste trabalho (63,8%), as vítimas eram do sexo feminino, com idade média de 34 anos, residentes em São Luís. Tal resultado se deve certamente pela maior freqüência da especialidade de Ginecologia-Obstetrícia nos processos de erro médico.

Com relação a este dado, no trabalho de Montoya et al. (1993), apontam-se também as mulheres jovens como as principais vítimas de erro médico, sendo que em seu trabalho 70,3% dos pacientes eram mulheres.

De acordo com Maia (1999), em um levantamento dos processos em grau de recurso no CFM no período de 1988 a 1998, as mulheres também foram maioria entre as vítimas de processos por erro médico, com 52% dos casos.

Ribeiro et. al. (2006), em estudo que traçou o perfil sociodemográfico e o padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS, baseado na PNAD (Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios) de 2003, demonstraram o seguinte:

*“Nos usuários do SUS há predomínio de mulheres, crianças, pretos e pardos, baixa escolaridade e renda. Há associação entre estado de saúde regular/ruim e utilização dos serviços do SUS, entre o atendimento pelo SUS e usuários de baixa escolaridade e renda. O padrão de busca pelos serviços foi semelhante nos usuários e não usuários do SUS.”*

Infelizmente, não foi possível identificar na presente pesquisa o grau de escolaridade e também a profissão da maior parte das vítimas, pois tais dados não constavam na maioria dos processos (91,5%). Seria uma informação relevante para correlacionar o grau de informação das vítimas e o ato de denunciar um possível erro médico.

A maior parte dos estudos acerca do erro médico se detém mais detalhadamente ao perfil dos médicos envolvidos, pouco se sabendo a respeito do perfil dos pacientes ou familiares que processaram os médicos (BITENCOURT et. al., 2007; BOYACIYAN & CAMANO, 2006; D'ÁVILA, 1998; FALCÃO, 1993; MACRI et. al. 2004; NOMURA et. al., 2006).

## 5.2 Perfil das acusações

Nos últimos seis anos (2002 a 2007), houve 46 processos criminais por erro médico na PRODESUS, o que dá uma média de 7,6 processos por ano.

Na mídia, há números bem mais vultosos com relação à quantidade de processos por erro médico, no entanto, em geral, não apontam de que forma, ou seja, qual foi a metodologia ou o método de aferição destes números.

Por exemplo: em reportagem da jornalista Grenara Rigotti (2002), consta que há uma estimativa do Superior Tribunal de Justiça (STJ) de que *“passam de 300 mil os processos em andamento envolvendo médicos, pacientes e instituições de saúde”*. Como se chegou a este número, qual foi a forma encontrada para isolar este tipo específico de partes nos processos não é explicado na matéria jornalística. No *site* do STJ ([www.stj.gov.br](http://www.stj.gov.br)) não há qualquer menção a este levantamento referido pela jornalista.

Outro número que consta na mídia, em artigo publicado por Capella (2008), assevera que um em cada dez médicos no Brasil responde ou respondeu a processos judiciais e que esta estimativa foi feita pela Associação Nacional dos Hospitais Privados. Mais uma vez, não consta qual foi a metodologia utilizada para chegar a este número (levantamento de processos, pesquisa com médicos, entrevistas) e o endereço eletrônico desta associação (<http://www.anahp.org.br/>) não traz qualquer referência a este tipo de levantamento.

O número de processos encontrados na presente pesquisa pode ser considerado relativamente pequeno, principalmente quando comparado aos números divulgados pela mídia leiga, mas é possível perceber que houve um crescimento nas demandas (CAPELLA, 2008; COTES, 2005; DENÚNCIAS, 2006; LEITE, 2006). No entanto, comparado a outros estudos científicos realizados no Brasil acerca do erro médico, o número torna-se mais compatível com a realidade encontrada em outros estados, levando em consideração o tamanho da população, número de médicos atuantes e outras peculiaridades locais.

Conforme o estudo de Macri et. al.(2004), no período de 1995 a 2000, houve 41 processos por erro médico na seccional do CRM da cidade de São José do Rio Preto, em São Paulo.

De acordo com Bitencourt et al. (2007), no período de 2000 a 2004, houve 238 processos ético-profissionais (PEP) no Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB).

Segundo Falcão (1993), que analisou os processos no CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro), em 1992 houve um total de 524 denúncias no conselho.

No CFM (Conselho Federal de Medicina), segundo pesquisa de Maia (1999), houve 1.446 recursos em processos ético-profissionais oriundos dos CRMs de todo o Brasil, entre os anos de 1988 a 1998, o que dá a média de 144 recursos por ano. Destes, em torno de 24% eram por erro médico (infração ao artigo 29 do Código de Ética Médica).

No entanto, vale ressaltar que os outros trabalhos, em geral, foram feitos nos Conselhos Regionais de Medicina (BITENCOURT et. al., 2007; BOYACIYAN & CAMANO, 2006; D'ÁVILA, 1998; FALCÃO, 1993; NOMURA et. al., 2006) ou no Conselho Federal de Medicina (MAIA, 1999). Não foi encontrada outra pesquisa que fizesse um levantamento de processos por erro médico no âmbito penal, ou seja, pelo Ministério Público, em primeira instância.

O CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo), em trabalho coordenado por MANSUR & OLIVEIRA (2006), realizou um estudo em que fez um levantamento das decisões judiciais envolvendo médicos, tanto na esfera civil quanto penal, mas somente em grau de recurso, ou seja, em segunda instância.

Isto se deu devido à impossibilidade técnica de se identificar as decisões ou processos em primeira instância, por não existir maneira de selecionar as ações de erro médico no sistema de informática utilizado pelo Poder Judiciário de São Paulo (MANSUR & OLIVEIRA, 2006).

Desta forma, foi feita a pesquisa somente nas decisões analisadas sob grau de recurso, ou seja, do TACRIM/SP (Tribunal de Alçada Criminal do Estado de São Paulo), no STJ (Superior Tribunal de Justiça) e STF (Supremo Tribunal Federal), mediante digitação de palavras-chave no setor de jurisprudências (MANSUR & OLIVEIRA, 2006).

No referido estudo, no período de 2000 a 2004, em todo o Estado de São Paulo, só houve vinte e três recursos envolvendo médicos na esfera criminal, sendo quinze no TACRIM/SP, cinco no STJ e três no STF. Este dado chama à atenção pela pequena quantidade de casos encontrados, principalmente quando se compara ao volume de recursos na área civil (353), com especial ênfase aos pedidos de indenização por danos morais (72,5%) e danos materiais (58,3%) (MANSUR & OLIVEIRA, 2006).

Existe uma série de fatores que podem justificar este pequeno número de processos em grau de recurso na área penal em São Paulo e que também estão relacionados com os resultados encontrados nesta dissertação, os quais serão expostos a seguir.

A maior parte das acusações criminais na presente pesquisa foi referente ao crime de lesão corporal culposa (51,1%), seguida por homicídio culposo (37,8%). Não foram encontrados outros estudos no Brasil para comparação entre os tipos penais mais denunciados em processos criminais envolvendo médicos acusados de ter cometido um erro médico em primeira instância.

No estudo de Mansur & Oliveira (2006), todas as 15 decisões de segunda instância do TACRIM/SP foram relacionadas a crimes de homicídio culposo.

De acordo com o trabalho de Montoya S. et al. (1993) as denúncias por erro médico ocorreram principalmente por lesões corporais graves ou mesmo a morte de paciente e o de Schlicht et al. (1996), onde também só em casos de grandes danos o médico era processado.

Ambos os crimes de maior frequência encontrados na presente dissertação, e que são os principais tipos penais relacionados ao erro médico, possuem penalidades pequenas: dois meses a um ano no caso de lesão corporal culposa (artigo 129, § 6º do Código Penal) e de um a três anos, no homicídio culposo (artigo 121, § 3º do Código Penal) (FIGUEIREDO et. al., 2006), podendo a pena ser aumentada em até um terço em caso de inobservância de regra técnica da profissão. O prazo de prescrição, ou seja, de extinção da punibilidade destes crimes pelo decurso do tempo, é de quatro anos para o primeiro crime e oito anos para o segundo (JESUS, 2007).

É preciso levar em consideração também que os processos criminais por erro médico contam com uma legislação penal e processual penal que favorece a não resolução dos casos (ANGHER, 2007).

Como expuseram os coordenadores da pesquisa em São Paulo (MANSUR & OLIVEIRA, 2006):

*“O reduzido número de decisões criminais de 2ª instância pode ser explicado pela própria legislação. A possibilidade de aplicação de institutos como a composição civil e a transação penal evita a proposição da ação penal. Além disso, é grande a chance de, mesmo se instaurada ação penal, ser o médico absolvido, beneficiado com o perdão judicial, ter sua punibilidade extinta em razão da suspensão condicional do processo ou, ainda que condenado, optar por não apelar da sentença, já que esta pode se limitar, em parte das ações, a aplicar mera pena restritiva de direito e/ou multa. Em todas essas hipóteses, a ação não alcança a 2ª instância, e, portanto, não é alcançada pelo presente estudo.*”

*Daí conclui-se que os números de casos criminais apresentados aqui possivelmente estão muito aquém dos números reais existentes no Estado de São Paulo, considerando os casos que se encerram sem sequer a propositura da ação penal e tantos outros que não atingem a 2ª instância. Cumpre esclarecer ainda que as condutas tidas como de menor potencial ofensivo, como é o caso da lesão corporal culposa, são de competência do Juizado Especial Criminal – JECRIM. Contudo, não foi possível obter as decisões do JECRIM (1ª instância) e nem mesmo dados estatísticos específicos que pudessem ser utilizados como parâmetros. Essas decisões não se encontram informatizadas e agrupadas em um banco de dados, que possibilite realizar pesquisas.”*

Nesta questão específica de os crimes por erro médico poderem ser julgados em Juizados Especiais Criminais, nós discordamos dos autores da pesquisa de São Paulo, acima citada, porque a Constituição Federal brasileira estabeleceu a competência dos juizados para as causas de menor complexidade. E os processos que envolvem supostos erros médicos exigem, via de regra, a realização de perícia, o que não é possível em sede de Juizados, tornando-os absolutamente incompetentes para este tipo de causa (GOMES et. al., 2005; TOURINHO NETO & FIGUEIRA JÚNIOR, 2006).

Segundo informações do CNJ (Conselho Nacional de Justiça) e da OAB/MA (Ordem dos Advogados do Brasil, seccional do Maranhão), em um levantamento de todos os processos em tramitação em 2006, nas varas cíveis, trabalhistas e criminais, o tempo médio de espera para julgamento era de cerca de seis anos nas varas criminais de São Luís (ORDEM & CONSELHO, 2008).

Considerando a longa duração dos processos em todo Brasil, e também no Maranhão e em São Luís, a maioria dos processos criminais por erro médico está fadada à prescrição.

Esta mesma realidade foi encontrada na presente pesquisa, pois dos 43 processos analisados, nos últimos seis anos (2002 a 2007), apenas 6 foram concluídos no período, um deles já por prescrição. Os demais estavam ainda em tramitação (86%), não sendo possível determinar a duração média dos processos. No entanto, considerando que se estudou por um período de 5

anos, e que o prazo prescricional para o crime de maior frequência é de 4 anos (lesão corporal culposa) até que estes processos sejam concluídos, certamente os mesmos já estarão prescritos.

De acordo com Maia (1999), a duração média dos processos julgados em nível de recurso no Conselho Federal de Medicina foi de aproximadamente cinco anos.

Em um estudo chileno de responsabilidade médica em Ginecologia e Obstetrícia, a média de duração dos processos foi de 5 a 6 anos (MONTROYA et al., 1993). Os autores deste trabalho afirmam que a longa duração dos processos por si só já é uma forma de punição aos médicos envolvidos, e que atinge a todos, indistintamente do resultado final. Advertem ainda que tal situação é de difícil reparo pois o médico demandado sofre um grave abalo em sua imagem profissional perante a comunidade em que trabalha, e que isto pode não ser recuperado, mesmo com a sua declaração de inocência.

Opinião bastante diversa a respeito da longa duração dos processos tem Vasconcelos (1999), o qual afirma que: *“Todo este processo, longo e cheio de formalidades, visa assegurar às partes e denunciada um amplo direito de defesa, equidade no tratamento e obtenção de um julgamento justo.”*

Decerto que o envolver processual, com todos os seus prazos, diligências, perícias, pareceres, buscando sempre propiciar condições de igualdade entre ambas as partes, visa a assegurar não apenas o direito de defesa do médico como também oportunidade para que a parte que acusa bem fundamente sua demanda, e, ao final, possa-se com mais segurança, avaliar a situação de fato.

Mas, é sabido que justiça tardia tem um sabor amargo que muito se assemelha ao de injustiça. E este desagradável sabor atinge não apenas ao médico envolvido, que se desgasta em uma situação incômoda e estressante de ter de se defender judicialmente, como também à parte autora e à própria comunidade, para as quais a longa espera faz pairar a impressão de impunidade.

Esta situação é ainda mais reforçada com a ocorrência da prescrição, a qual, no mais das vezes desagrada aos envolvidos. O médico, que buscava ver sua inocência reconhecida pelo Poder Judiciário; a vítima e o Ministério Público, que pretendiam ver a condenação dos responsáveis, ficam frustrados com este tipo de resultado.

Em relação aos denunciantes, a maioria foi constituída por parentes das vítimas (46,5%), sendo que em quase 35% dos casos a própria vítima fez a denúncia ao Ministério Público.

Uma informação que chama a atenção é a forma de culpa mais apontada, que foi a negligência, em 49% dos casos. Este dado está de acordo com outros estudos acerca do erro médico como em BITENCOURT et al. (2007) em que esta forma de culpa apareceu em 67,3 % dos casos.

Vale ressaltar que a negligência, que é a forma de culpa em que o médico deixa de tomar todas as medidas necessárias, por inação, desleixo, descaso, é algo que provoca profunda revolta perante a vítima e/ou seus familiares, que já se encontram abalados com o problema de saúde da paciente e esperam do médico a adoção de todas as medidas necessárias para o tratamento.

É importante salientar também que muitas das vezes a falta de estrutura no sistema público de saúde (falta de leitos em UTIs, aparelhos que não funcionam, superlotação dos hospitais, quadro de pessoal insuficiente para a demanda, entre outros) pode passar a impressão para a população que o médico está sendo negligente, quando, na verdade, o mesmo se encontra em más condições de atendimento (AMORIM et. al., 2007; CAMPOS, 2006; LINHARES JÚNIOR, 2005). Verificou-se a ocorrência de situações como estas nas fichas 04, 10, 11, 17 e 21, em que a falta de leito em maternidades ou em UTI ocasionou a abertura de um processo contra os médicos, por suposto erro médico (apêndice C).

Na presente pesquisa, durante todo o período analisado, as instituições que integram a rede pública de saúde sempre prevaleceram no que

tange aos atendimentos que deram origem aos processos por erro médico na PRODESUS, com 83,7% dos casos (n=36).

Neste estudo, ficou patente a importância do prontuário médico em situações que envolvem processos por suposto erro médico. Em 93 % dos processos havia a cópia do prontuário para comprovar as alegações da acusação e/ou da defesa. Apenas três processos não tinham cópia do prontuário, o que representou 7% do universo estudado. Vale ressaltar que em todos os casos em que o prontuário não constava no processo, os fatos se deram em instituições da rede pública de saúde.

Nos processos analisados, ainda há muito o que melhorar no que diz respeito à qualidade dos prontuários, tanto no que diz respeito à qualidade e quantidade de informações registradas como também na legibilidade das informações.

### **5.3 Perfil dos médicos**

Em cada processo analisado, podem figurar como partes um ou mais médicos, de acordo com as circunstâncias em que se desenvolveu a situação em questão.

Na presente pesquisa, na maior parte dos casos (65,1%), havia apenas um médico por processo, sendo que a média foi de 1,5 médicos. No entanto, em 27,9% dos casos, havia mais de um médico no pólo passivo, variando de dois a sete médicos.

De acordo com Maia (1999), na maioria dos recursos analisados pelo CFM no período de 1988 a 1998, havia apenas um médico envolvido, o que representou 79% dos casos.

Este dado é concordante com o de outros estudos assemelhados em CRMs, como o do Rio de Janeiro (FALCÃO, 1993), em que a média foi de

1,6 médico por processo, de Santa Catarina, com 1,2 médicos (D'AVILA, 1998) e Distrito Federal, com 1,8 (FRANÇA & GOMES, 2000). Para Bitencourt et al. (2007), houve uma média de 1,5 médicos por processo.

Segundo dados do Conselho Federal de Medicina, o Brasil possui atualmente mais de 330.900 médicos ativos, com uma média de um médico para cada 641 habitantes, um número superior ao que recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de uma proporção de um médico para cada 1000 habitantes (CONSELHO, 2008; FRANÇA & GOMES, 2000).

Entretanto, existe uma forte desigualdade na distribuição dos médicos pelo país. Em pesquisa que traçou o perfil do médico brasileiro, Machado (1997) já demonstrava que enquanto apenas 24% da população brasileira vivia em capitais, 65,9% dos médicos trabalhavam nestes locais.

Tal fato gera um excesso de mão-de-obra que é bastante prejudicial. Para os médicos, pois se vêem pressionados a aceitar menores salários nas capitais, devido à lei da oferta e da procura, o que influencia o aumento do fenômeno do multiemprego, que contribui para fadiga e estresse dos médicos, facilitando o erro. E ainda, a grande concorrência proporciona o endurecimento de problemas de relacionamento entre os profissionais. Além do mais, a plethora de médicos, em especial nos grandes centros, passa uma impressão de mercantilização da Medicina, o que de forma alguma contribui para o fortalecimento da confiança nas relações entre médicos e pacientes (MACHADO, 1997; MARIOTTI, 2007; MARTINS, 2004).

Com dados mais atuais, do ano de 2008, o CFM demonstra que esta desigualdade na distribuição dos médicos pelo Brasil ainda persiste. Enquanto na região Sudeste a relação de médico por habitante é de 381 habitantes por médico, no Nordeste a mesma relação é de 870 habitantes por médico. Neste contexto, o Maranhão tem uma relação de 1.522 habitantes por médico, bem superior à média da região Nordeste, sendo o Estado desta região que apresenta a maior concentração de pacientes por médico (CONSELHO, 2008).

Para os pacientes, esta situação de um número de médicos menor do que recomenda a OMS não é desejável, como o que ocorre no Maranhão,

porque os usuários dos serviços de saúde são obrigados a conviver com uma falta de médicos nas suas localidades, o que ocorre, com freqüência, em especial no interior do país e nas regiões mais isoladas.

Em relação ao sexo dos médicos, na presente pesquisa, houve um predomínio do sexo masculino, com 54,5% dos casos. A predominância do sexo masculino entre os médicos processados está presente em todos os demais levantamentos estatísticos da área (BITENCOURT et. al., 2007; BOYACIYAN & CAMANO, 2006; D'ÁVILA, 1998; FALCÃO, 1993; MACRI et. al., 2004; MAIA, 1999; MONTOYA et. al., 1993, NOMURA et. al., 2006; SCHLICHT et. al., 1996).

A maioria dos médicos envolvidos nos recursos analisados no CFM era do sexo masculino (96%), segundo Maia (1999). Em Santa Catarina, nos 39 anos de atuação do CREMESC (Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina), apenas duas médicas foram condenadas (D'ÁVILA, 1998). Identicamente, no CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro), 80% dos médicos envolvidos eram do sexo masculino (FALCÃO, 1993.). No CRM do Distrito Federal, este percentual foi de 79% (FRANÇA & GOMES, 2000).

De acordo com a pesquisa de Bitencourt et. al. (2007), 78,6% dos médicos denunciados no CREMEB (Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia) eram do sexo masculino. No estudo de Macri et. al. (2004), 77% dos médicos envolvidos em processos éticos em São José do Rio Preto, em São Paulo, eram do sexo masculino.

Boyaciyan & Camano (2006), na pesquisa em que traçou um perfil dos médicos denunciados no CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) que exercem Ginecologia e Obstetrícia, no período de 1994 a 2004, fez uma comparação interessante entre os médicos processados e os não processados na referida especialidade e que são associados à SOGESP (Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo). Enquanto 76,7% dos médicos denunciados no CREMESP em processos por erro médico envolvendo esta especialidade eram do sexo masculino, houve

uma proporção significativamente menor de médicos não denunciados nesta especialidade inscritos na SOGESP (52%).

A medicina, de acordo com a pesquisa que traçou o perfil dos médicos brasileiros, é ainda uma profissão predominantemente masculina, pois 67,3% dos profissionais são homens (MACHADO, 1997).

Segundo Falcão (1999), as mulheres tendem a escolher especialidades mais afeitas ao “papel feminino” na sociedade, como a pediatria, por exemplo, que apresenta menores riscos do que outras, tal como a cirurgia, onde o número de mulheres ainda é menor. Na presente dissertação, a Pediatria foi a segunda especialidade mais processada e todos os profissionais envolvidos eram do sexo feminino.

Segundo Boyaciyán & Camano (2006), em um estudo que traçou o perfil do médico denunciado que exercem Ginecologia e Obstetrícia em São Paulo, foi verificado que os homens desta especialidade são mais processados do que as mulheres, quando se comparou com um grupo de referência de médicos da mesma especialidade, porém não processados. Segundo os autores:

*“Ficou comprovado, neste trabalho, que as médicas são menos denunciadas do que os médicos. O menor número de pacientes atendidos, a melhor interação e maior tempo dedicado ao atendimento às pacientes, o menor número de atividades de maior risco em unidades de urgência, como exemplos, poderiam explicar o menor percentual de denúncias.”*

A presença da mulher na medicina vem aumentando consideravelmente nos últimos anos. Caberá observar se este perfil vai se modificar quando um maior número de mulheres estiver no mercado de trabalho ou se há algum(ns) fator(es) que diferencie(m) a atuação profissional médica entre homens e mulheres, que possa(m) justificar tal discrepância numérica no envolvimento em processos por erro médico.

Neste sentido, os dados encontrados que caracterizaram o perfil dos médicos, correlacionado o gênero e a especialidade, estão de acordo com a

literatura disponível acerca do tema, uma vez que, na especialidade de Ginecologia-Obstetrícia, 62% dos médicos (n=13) eram do sexo masculino. Já na especialidade de Pediatria, 100% dos casos (n=7) envolviam médicas.

No que diz respeito à idade, segundo a pesquisa do perfil médico no Brasil, 63,8% dos profissionais têm menos de 45 anos (MACHADO, 1997). É comum imaginar que os médicos mais novos, menos experientes, cometam mais erros. No entanto, em vários estudos realizados sobre erro médico, os profissionais envolvidos já tinham mais de 40 anos, e, em geral, acumulam uma experiência profissional de mais de dez anos.

Em nossa casuística, a idade média dos profissionais foi de 41 anos, o que está em concordância com a maioria dos estudos de processos por erro médico, em que a faixa etária mais acometida é por volta dos 40 anos de idade (BITENCOURT et. al., 2007; D'ÁVILA, 1998; FALCÃO, 1993; FRANÇA & GOMES, 2000; MACRI et. al, 2004).

Em outros trabalhos no Brasil, essa média de idade se mantém. Na dissertação de D'ávila (1998), a idade média dos médicos condenados foi de 41,8 anos. Nos processos ético-profissionais do Distrito Federal, a média de idade foi de 45 anos (FRANÇA & GOMES, 1999). Em Boyaciyan & Camano (2006), cerca de 65% dos médicos envolvidos em processos tinha de 31 a 45 anos de idade.

Em Buenos Aires, de acordo com o levantamento no sistema de *Ayuda Profesional*, no período de 1990 a 1994, a média de idade foi de 36 anos (MENDONZA et al., 1994). Tais resultados se coadunam com o próximo item a ser discutido.

Similarmente à questão da idade, as pesquisas sobre erro médico apontam que os profissionais mais envolvidos em processos desse tipo já têm vários anos de experiência acumulada. Em nossa pesquisa, 27,3% dos médicos tinham mais de vinte anos de profissão. E apenas em um caso (1,5%), o médico processado possuía menos de dois anos de formado.

Comparando com os resultados de pesquisa de outros locais, vemos que este dado se mantém. De acordo com o levantamento do CRM do Distrito Federal, a média de experiência profissional foi de 19 anos (FRANÇA & GOMES, 2000). No estado de Santa Catarina, o tempo de prática médica dos profissionais condenados foi de 14,6 anos, sendo que 56,3% tinha entre 5 e 15 anos de formado (D'ÁVILA, 1998). Segundo Maia (1999), a média de experiência foi de 15,1 anos.

No trabalho de Mendonza et al. (1994), da Argentina, o tempo de profissão médio foi de 18,7 anos.

Na obra de França & Gomes (2000), eles advertem: “... a experiência acumulada tem sido má conselheira do médico, na medida em que contribui para afastá-lo das fontes clássicas de renovação do conhecimento...”.

Dentre os fatores alegados para explicar tal fato, e com os quais concordamos, temos que, com a experiência profissional que o médico vai adquirindo, ele se torna mais confiante, passa a se atualizar menos e se descuida em relação a algumas medidas fundamentais de segurança. E, de fato, em nossa pesquisa, a modalidade mais comum foi justamente a negligência (49%), o que pode ser o reflexo deste excesso de confiança de alguns médicos, que passam a deixar de acompanhar os pacientes de perto, de tomar o máximo de precauções, tendo por consequência o mau resultado e a insatisfação dos pacientes e/ou seus familiares, que não gostam de se sentir negligenciados e buscam processar os médicos.

Em relação à formação profissional, na presente dissertação só foi possível avaliar a instituição de ensino superior em que os médicos envolvidos em processos se graduaram, pois era só esta informação que constava junto ao CRM/MA. A maioria dos médicos se graduou em universidades públicas (90,9%).

No Brasil, segundo Machado (1997), a maioria dos profissionais cursou suas graduações em escolas médicas públicas (66,4%). Não dispusemos da informação da universidade de graduação dos médicos em geral (processados ou não processados) no CRM/MA.

Segundo Maia (1999), em pesquisa realizada em Brasília, com os recursos no CFM de vários lugares do Brasil, também houve a dificuldade na obtenção de informações sobre a qualificação profissional dos médicos envolvidos em PEP. Na maioria dos recursos analisados não havia informação (49,2%). Em 28,2% dos casos os médicos haviam se formado em universidades privadas, 21% provinham de instituições públicas e 1,5% eram oriundos de faculdades estrangeiras.

No Rio de Janeiro, de acordo com Falcão (1993), 47,4% dos médicos julgados no CREMERJ provinham de universidades públicas e 37,7%, de faculdades privadas. Vale ressaltar que o Rio de Janeiro dispõe de várias faculdades de medicina, tanto públicas como privadas.

De qualquer forma, vários estudos demonstram que a formação médica brasileira no que tange a conhecimentos de ética médica é precária, tanto em egressos de escolas públicas com de particulares, com médicos com deficiente formação humanística e ética, sem uma concepção holística do processo de adoecimento e com pouca capacidade de realizar a educação médica continuada (BITENCOURT et. al.,2007; NEVES, 2005; PICCINI, 1997) .

Segundo a pesquisa de Machado (1997), 16,5% dos médicos do país sequer tinham conhecimentos dos dispositivos do Código de Ética Médica em vigor.

Moraes (2003) aplicou um questionário para um grupo de médicos com perguntas a respeito de definições de erro-médico, imperícia, imprudência, negligência, exercício ilegal de medicina, dentre outros aspectos, e concluiu que, na maioria dos casos, os profissionais não sabiam responder corretamente as questões. Tal fato denota a fragilidade com que estes assuntos são debatidos nas faculdades, apesar da relevância dos mesmos.

Em relação à pós-graduação dos médicos envolvidos em processos criminais em São Luís, nenhum dos profissionais identificados possuía registro de pós-graduação junto ao CRM/MA. Este dado não significa que os mesmos não tenham cursado especializações, residências, mestrado ou doutorado, mas apenas que, se cursaram, não registraram seus certificados junto ao Conselho.

No trabalho de Bitencourt et. al. (2007), 27% dos denunciados não tinham especialidade registrada no CREMEB e em 6,3% dos casos a mesma não foi identificada.

Da mesma forma, em Maia (1999), os resultados, no que dizem respeito à pós-graduação, foram bastante prejudicados, devido ao grande índice de médicos sem este tipo de informação nos processos (58,8%).

Esta mesma dificuldade foi encontrada nas dissertações de D'ávila (1998) e Falcão (1993). Tal problema poderia ser amenizado, se em todo processo, houvesse uma ficha para cada médico, com este tipo de dados e até outros (como por exemplo: número de empregos, carga horária de trabalho), o que facilitaria sobremaneira posteriores análises científicas. A inclusão desta ficha nos processos não prejudicaria o andamento ou resultado dos mesmos e ainda seria de grande valia para estudos científicos a respeito.

Um estudo que conseguiu avaliar esta questão da pós-graduação de forma bem interessante foi o de Boyaciyan & Camano (2006), que comparou os médicos ginecologistas-obstetras envolvidos em processos no CREMESP (781) com um grupo de referência, formado por 8.466 médicos associados à SOGESP, que não foram denunciados. Segundo os autores, a maioria dos médicos denunciados também era filiada à SOGESP. Os resultados foram interessantes:

*“Foi observado que 294 (37,64%) médicos denunciados freqüentaram curso de residência médica credenciado pelo Ministério da Educação. Comparando os mesmos com o grupo de médicos não denunciados, a análise estatística constatou que houve uma associação significativa e positiva entre ter o curso de residência e não ser denunciado.*

*Ficou constatado que 209 (26,76%) profissionais denunciados era portadores de TEGO (título de especialista em ginecologia e obstetrícia) obtido por concurso. Comparando os mesmos dados com o grupo de médicos não denunciados, a análise estatística constatou que houve uma associação significativa e positiva entre ter o título e não ser denunciado.”*

No mesmo sentido, Branney et. al.(2000), em um estudo nos Estados Unidos, buscaram avaliar se o fato de o médico ter feito residência faz a diferença em processos por erro médico que envolviam situações de emergência. Eles concluíram que os médicos que cursaram residência têm melhores resultados no que diz respeito: à condenação em indenizações (22,4% nos médicos que não fizeram residência e 13,3% nos médicos que cursaram residência), a um custo menor tanto nos valores totais de indenização (U\$ 4.440.951,00 contra U\$ 1.773.524,00), como no valor médio de indenização (U\$ 76.221,00 x U\$ 17.775,00), o que resulta que o custo de um seguro de má prática médica para médicos que não fizeram residência é bem mais caro do que para os que possuem este tipo de formação.

No Brasil, a maioria dos profissionais da Medicina busca fazer algum tipo de pós-graduação. De acordo com a pesquisa que traçou o perfil do médico brasileiro, 74,1% dos médicos fizeram residência médica; 40,7%, algum curso de especialização; 7,7% mestrado e 3,7% doutorado (MACHADO, 1997).

No entanto, para conhecer as características dos médicos processados por erro médico em nosso país, seria necessário que os mesmos sempre registrassem seus cursos e títulos de especialista junto aos CRMs, algo que não foi encontrado na presente dissertação.

Em um trabalho realizado por Montoya et al. (1993), 77,2% dos médicos envolvidos em processos judiciais no Chile eram especialistas registrados.

No Brasil, segundo levantamento de Machado (1997), que traçou um perfil do médico brasileiro, as cinco especialidades mais exercidas são: Pediatria (13,4%), Ginecologia-Obstetrícia (11,8%), Clínica Médica Geral (8%), Cirurgia Geral (5,5%) e Anestesiologia (5,2%). Não encontramos levantamentos mais atuais acerca desta questão.

No CRM do Rio Grande do Sul, as cinco especialidades mais acometidas em processos éticos por erro médico foram: Ginecologia-

Obstetrícia (28%), Traumato-Ortopedia (15%), Cirurgia (14%), Clínica (12%), Pediatria e Anestesiologia (5% cada uma) (FRANÇA & GOMES, 2000).

No CFM, segundo Maia (1999), as especialidades mais freqüentemente encontradas nos recursos oriundos dos CRMs de todo o Brasil foram: em primeiro lugar ficou a Ginecologia-Obstetrícia (25%), em segundo a Anestesiologia (11,3%) e em terceiro, ficaram empatadas a Cirurgia Geral e a Clínica Médica Geral (8,8% cada uma).

Segundo D'ávila (1998), as especialidades mais assinaladas entre os médicos condenados no CREMESC foram: Ginecologia-Obstetrícia (22,6%), Anestesiologia (20,9%), Cirurgia Geral e Oftalmologia (11,3% cada).

No CRM do Distrito Federal, as três mais envolvidas foram: Ginecologia-Obstetrícia (41%), Cirurgia (20%), e Clínica Médica (13%) (FRANÇA & GOMES, 2000).

No Rio de Janeiro, conforme a dissertação de Falcão (1993), as especialidades mais freqüentemente envolvidas em processos éticos foram: Ginecologia-Obstetrícia (43,7%) e Cirurgia (34,3%).

Em Minas Gerais, as especialidades mais denunciadas foram: Ginecologia-Obstetrícia (7,7%), Oftalmologia (12,2%) e Ortopedia (10%) (CONSELHO, 1994).

Em São José do Rio Preto, as especialidades mais acometidas por processos foram: Ortopedia e Traumatologia (23%), seguida de Cirurgia Geral (11,5%) (MACRI et. al., 2004).

Na Bahia, as especialidades mais processadas no CREMEB foram: Ginecologia-Obstetrícia (24,8%), Cirurgia Geral (9,4%) e Anestesiologia (7,4%)(BITENCOURT et al., 2007).

No Chile, segundo Montoya et al. (1993), as especialidades mais envolvidas foram: Ginecologia-Obstetrícia (32,4%), Cirurgia Geral (17,9%) e Clínica Médica (15,2%).

Na Argentina, as especialidades que mais tiveram consultas ao sistema de *Ayuda Profesional* foram: Clínica Médica (14%), Obstetrícia (12,2%), Neonatologia, Anestesiologia e Cirurgia (10,5% cada) (MENDONZA, 1994).

No presente trabalho, as especialidades que mais tiveram processos foram: Ginecologia-Obstetrícia (31,8%), seguida de Pediatria (10,6%), Cirurgia Geral (7,6%) e Anestesiologia (6,1%).

Existem várias hipóteses para que estas especialidades sejam freqüentemente envolvidas em processos por erro médico.

Em relação à Ginecologia-Obstetrícia, vários fatores são apontados para que seja, em geral, a especialidade mais acometida. Um deles seria porque é uma especialidade que lida com procedimentos de maior risco, com situações clínicas que podem se modificar muito rapidamente, mesmo na inexistência de falha dos médicos. Além disso, o parto é considerado um evento fisiológico para a sociedade, sem maiores complicações e que ocorre em mulheres jovens e saudáveis, em sua maioria. Logo, quando ocorre algum problema no parto, seja com a mãe ou com a criança, isto ocasiona grande impacto em toda a família, que tende a denunciar o médico que fez o atendimento (BOYACIYAN & CAMANO, 2006; FRANÇA & GOMES, 2000; MONTROYA et. al., 2003).

Na realidade da nossa pesquisa, um outro fato chamou a atenção, confirmando as freqüentes notícias de jornal neste sentido (AMORIM & LEITE, 2007; LINHARES JÚNIOR, 2005; WADA, 2007). Os casos em que os médicos são processados por maus resultados, decorrentes de falhas estruturais do sistema de saúde público, e não por erro médico propriamente dito, com maternidades lotadas, sem leitos disponíveis, com poucos recursos diagnósticos, peregrinação de pacientes por vários hospitais, o que resultou em retardo no atendimento, sofrimento fetal e morte ou seqüelas graves para os pacientes (*vide* fichas 01, 04, 17, 18, 24, 28, 30, 43 no Apêndice C).

A Pediatria também tem sido elencada como especialidade de risco, por vários motivos: trabalho em regime de plantão, muitas vezes em condições

precárias no sistema público de saúde, com um volume enorme de atendimento por plantão, mães aflitas e exigentes. Some-se a isso que a criança, em nossa sociedade, tem sido o centro das famílias e que a sociedade nunca espera que a mesma possa vir a falecer, por mais que saiba que isto venha a acontecer. Logo, quando ocorre um óbito ou lesões severas em crianças, os familiares tendem a processar os médicos (KFOURI NETO, 2002; VENDRAMINI, 2002).

Na casuística do presente trabalho, esta realidade foi verificada, com pediatras trabalhando em instituições públicas locais, sem todos os recursos necessários, falta de leitos de UTI, dentre outros (*vide* fichas 10 e 11 no Apêndice C).

No que diz respeito à Anestesiologia é considerada também uma especialidade estressante, tendo em vista o regime de trabalho em plantões, a expectativa de ter os conhecimentos postos à prova a qualquer instante durante as cirurgias, a variedade de seu campo de ação, atendendo pacientes de diferentes idades, com patologias variadas, diversos estados de saúde, em cirurgias eletivas ou de urgência. (MORAES, 2003).

Como se não bastasse toda esta situação, ainda há o fato relativamente corriqueiro de o anestesiologista atuar simultaneamente em mais uma cirurgia, ausentando-se da sala em várias ocasiões. Tal conduta é incorreta, proibida, porém ainda é freqüentemente observada em processos de erro médico. Lê-se nos relatos cirúrgicos dos prontuários: ocorreu problema tal “*e foi chamado o anestesiologista*”, quando o mesmo deveria estar na sala para atuar em qualquer intercorrência. Esta ausência gera responsabilidade pelo resultado adverso penal, civil e administrativamente (BUSADA, 2000; KFOURI NETO, 2002).

No que tange à Cirurgia Geral, também comumente envolvida em processos por erro médico, cabe observar que a má comunicação com os pacientes e entre os próprios colegas, aliada à carga horária estafante e ao fato de os procedimentos cirúrgicos apresentarem, em geral, um maior risco do que

os clínicos contribuem para esta situação (FRANÇA & GOMES, 2000; MACRI et. al, 2004; MORAES, 2003).

Daí a maior ocorrência de processos em caso de esquecimento de objetos no interior do corpo do paciente, infecções pós-operatórias, queimaduras pelo bisturi elétrico, erro na indicação cirúrgica, cicatrizes com quelóide, dentre outras (COUTO FILHO & SOUZA, 2001). Esta realidade também foi encontrada no presente trabalho (*vide* fichas 09, 15, 23, 25, 26, 27, 31, 32, 33, 34, 36, 40, 42 do Apêndice C).

Em relação à reincidência ou condenação anterior em processos por erro médico, não foi encontrada condenação em processo ético-profissional em nenhum dos médicos envolvidos nos processos criminais junto ao Ministério Público.

O mesmo também foi encontrado em Maia (1999), que constatou que a maioria dos médicos envolvidos em recursos no CFM estava sendo processada por faltas éticas pela primeira vez (84,6%).

Não foram encontrados outros trabalhos com este tipo de dado, para fins de comparação.

#### **5.4 Perfil dos atendimentos**

Verificou-se que o perfil do atendimento nas situações que resultaram em processos criminais por erro médico foi a seguinte: predominantemente em hospitais gerais (41,8%) e maternidades (27,9%), localizados em São Luís (100%), em instituições públicas (58,1%), em situações de urgência/emergência (69,8%), na área cirúrgica (60,5%), em pacientes que ficaram internados (81,4%) e cujo custeio foi pelo SUS (83,7%).

Macri et. al. (2004), em São José do Rio Preto, também observaram a predominância da área cirúrgica.

Na Bahia, a maioria das denúncias que resultou em processos ético-profissionais no CREMEB, ocorreu em decorrência de atendimentos no serviço público de saúde (80,1%) e relacionados a atos cirúrgicos (66%) (BITENCOURT et. al., 2007).

De um modo geral, os atos médicos cirúrgicos são mais questionados judicialmente do que os clínicos. Por exemplo, no CRM do Distrito Federal, em 58% dos casos, a atividade envolvida nos processos era cirurgia (cirurgia e parto) (FRANÇA & GOMES, 2000). Também no Chile, de acordo com o trabalho realizado por Montoya et al. (1993), 59,3% das demandas judiciais envolviam atos cirúrgicos.

Uma questão que chamou a atenção na casuística local foi a precariedade nas condições de atendimento: hospitais públicos lotados, pessoas internadas nos corredores, falta de leitos de UTI, poucos médicos para o grande volume do serviço (*vide* fichas 01, 4, 10, 11, 17, 18, 21,24, 28, 30, 38 e 43 do Apêndice C).

Em relação aos atendimentos terem sido custeados majoritariamente pelo SUS, vale observar que, no Maranhão, de acordo com informações da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, apenas 3% da população é usuária de plano de saúde (ANS, 2008). Considerando também o baixo nível de renda que atinge a maioria da população local, este dado é consoante a pesquisa de Ribeiro et. al. (2006), que traçaram um perfil sociodemográfico dos usuários e dos não usuários do SUS, na qual constataram que os usuários do SUS são predominantemente mulheres, crianças, pretos e pardos, com baixo nível de escolaridade e renda.

## 6 CONCLUSÃO

Na presente pesquisa, verificou-se que as vítimas foram predominantemente do sexo feminino, com idade média de 34 anos, sendo que na maior parte dos casos, os denunciantes eram parentes das mesmas.

Nos processos analisados, o crime mais freqüentemente alegado foi o de lesão corporal culposa, sendo que a modalidade de culpa mais comum foi a negligência e havia cópia do prontuário médico nos autos dos processos.

A maioria dos processos ainda não havia sido concluído no período de cinco anos analisado, o que significa que a duração dos mesmos é longa. Esta situação é prejudicial tanto para os médicos, que se vêem envolvidos em uma situação estressante por um longo período, como para os pacientes e a sociedade, já que um processo que se arrasta durante tantos anos dá a impressão de impunidade e, no mais das vezes, resultará na prescrição do crime, haja vista que as penas previstas são pequenas.

Os médicos denunciados analisados nesta pesquisa são preponderantemente do sexo masculino, têm em média 41 anos, contam com mais de 20 anos de experiência profissional, são principalmente das especialidades de Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria, formados em universidades públicas e sem prévias condenações no CRM/MA.

Não foi possível avaliar a qualificação profissional em nível de pós-graduação, haja vista que nenhum deles possuía o registro dos certificados de cursos e/ou título de especialista no CRM/MA.

O perfil dos atendimentos foi predominantemente em hospitais gerais e maternidades, localizados em São Luís, em instituições públicas de saúde. A maioria foi decorrente de uma situação de urgência/emergência, relacionados à área cirúrgica, em pacientes que ficaram internados e cujo custeio foi pelo SUS. Em muitos casos, a precariedade das condições de atendimento (hospitais lotados, falta de leitos em maternidades e em UTIs,

grande volume de serviço para poucos médicos, dentre outros) fez com que os pacientes ou seus familiares acusassem os médicos de erro médico.

## REFERÊNCIAS

- ABATE, Alessandra. *Erro médico e justiça. Informe jurídico & outros.* Disponível em: <http://infodireito.blogspot.com/2008/05/artigo-erro-medico-e-justica.html>. Acesso em: 28 maio 2008.
- AMORIM, Marcelo, et. al. Faltam UTIs em São Luís. **Jornal O Estado do Maranhão.** São Luís, 31 jan. 2007, p. 01.
- ANGHER, Anne Joyce. **Vade Mecum acadêmico de direito.** 5. ed. São Paulo: Rideel, 2007, 1737 p.
- ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Estatísticas de planos de saúde no Brasil e no Maranhão.* Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso: 20 mai. 2008.
- ASSOCIAÇÃO Paulista de Medicina. **Por dentro do SUS.** v.1. São Paulo: Atheneu, 2007, 164 p.
- \_\_\_\_\_. **SUS: o que você precisa saber sobre o sistema único de saúde.** v.1. São Paulo: Atheneu, 2006, 256 p.
- BARBOZA, Heloísa Helena, BARRETO, Vicente de Paulo. **Temas de biodireito e bioética.** Rio de Janeiro: Renovar, 2001, 348 p.
- BARSANTI, Cláudio. Erro médico em pediatria. **Boletim da SPSP.** n. 135, Ano XXIII, set./out. 2007, p. 1.
- BITENCOURT, Almir Galvão Vieira et al. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v.31, n. 3, set./dez. 2007, p. 223-228.
- BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. O mercado médico no Brasil. **Revista de Administração Pública.** v. 33, n. 1, jan./fev. 1999, p.55-66.
- BLOISE, Walter. **A responsabilidade civil e o dano médico:** legislação, jurisprudência, seguro e o dano médico. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense. 1997, 103 p.
- BOHOMOL, Elena. **Erros de medicação:** causas e fatores desencadeantes sob a ótica da equipe de enfermagem. 2002. 151 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de São Paulo, SP, 2002.
- BOYACIYAN, Krikor, CAMANO, Luiz. O perfil dos médicos denunciados que exercem ginecologia e obstetrícia no estado de São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira.** v.52, n. 3, São Paulo: 2006, p. 144-147.

BRANNEY, S. W., PONS, P. T., MARKOVCHICK, V. J., THOMASSON, G. O. Malpractice occurrence in emergency medicine: does residency training make a difference? **J. Emerg. Méd.** v.19, n. 2, ago. 2000.

BUSADA, Wilson. **Erro médico interpretado pelos tribunais.** Porto Alegre: Síntese, 2000, 520 p.

CAMPOS, Paulo César Cerdeira. **Peregrinação no Sistema Único de Saúde: experiência da sala de acolhimento da porta de entrada hospitalar.** 2006. 227 f. Dissertação (Mestrado em Ensino em Biociências e Saúde). Instituto Oswaldo Cruz. RJ, 2006.

CAPELLA, Felipe Lisboa. Erro médico: um em cada dez médicos responde processo. **Revista Consultor Jurídico.** Disponível em: <http://conjur.estadao.com.br/static/text/65394,1>>. Acesso em: 11 abr. 2008.

CARLES, M. Responsabilidad por una práctica médica inadecuada: una perspectiva económica. **Gaceta Sanitaria.** Barcelona, v.17, n. 6, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.com.br> . Acesso em: 23 jul. 2005.

CARVALHO, Guido Ivan de, SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde, leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90.** 4.ed. rev. e atual. Campinas: Editora da UNICAMP, 2006. 272 p.

CARVALHO, Manoel de, VIEIRA, Alan A. Erro médico em pacientes hospitalizados. **Jornal de Pediatria.** Porto Alegre, v.78, n. 4, 2002, p. 261-268.

CONSELHO Federal de Medicina. **Estatísticas sobre os médicos no Brasil** Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/>> Acesso em: 01 mar. 2008.

\_\_\_\_\_. **Manual de acompanhamento de processos éticos disciplinares nos Conselhos Regionais de Medicina.** Brasília: CFM; 1999.

\_\_\_\_\_. **Resolução CFM nº 1246/1988.** Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. Brasília, 26 jan. 1988.

\_\_\_\_\_. **Resolução CFM nº 1.605/2000.** Dispõe sobre o sigilo acerca do prontuário médico e as demandas judiciais. Diário Oficial da União. Brasília, 15 set. 2000.

\_\_\_\_\_. **Resolução CFM nº 1617/2001.** Código de processo ético-profissional. Diário Oficial da União. Brasília, 16 mai. 2001.

\_\_\_\_\_. **Resolução CFM nº 1.638/2002.** Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 10 jul. 2002.

\_\_\_\_\_. **Resolução CFM nº 1772/2005**. Institui o certificado de atualização profissional dos portadores de títulos de especialista e certificados de áreas de atuação... Diário Oficial da União. Brasília, DF, 12 ago. 2005, seção 1, p.141-142.

CONSELHO Regional de Medicina do Maranhão. **Cadastro nacional dos médicos no Maranhão e em São Luís em 2008**. São Luís, 14 mai. 2008. Inédito

CONSELHO Regional de Medicina do Distrito Federal. **Código de ética do estudante de medicina**. 4 ed. Brasília, DF: CRM DF; 2006. Disponível em:<<http://www.portalmedico.org.br/arquivosCodigodeEticaEstudantes.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2007.

CONSELHO Regional de Medicina de Minas Gerais. **Levantamento de processos ético-profissionais do CRM-MG de 1989 a 1993**. Belo Horizonte: CRM/MG, 1994, 29p.

COTES, Paloma. Bisturis nos tribunais. **Revista Época**. Edição 369, 09 jun. 2005. Disponível em:<<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,EDG70591-6014,00.html>> Acesso em: 20 jul. 2005.

COUTINHO, Léo Meyer. **Responsabilidade ética, penal e civil do médico**. Brasília: Brasília Jurídica, 1997, 90 p.

COUTO FILHO, Antonio Ferreira, SOUZA, Alex Pereira. **Responsabilidade civil médica e hospitalar: repertório jurisprudencial por especialidade médica, teoria da eleição procedimental e iatrogenia**. Belo Horizonte: Del Rey, 2001, 694 p.

CREMESP. *Perfil do médico*. **CREMESP 2007**. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro\\_de\\_dados/arquivos/perfil\\_medico.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/perfil_medico.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2008.

CRUZ, Carla, RIBEIRO, Uirá. **Metodologia científica: teoria e prática**. 2.ed. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil, 2004, 323 p.

DANTAS, Eduardo Vasconcelos dos Santos. Aspectos históricos da responsabilidade civil médica. **Revista de Direito Médico e da Saúde**. v.5, n. 5, Recife, p.47-66, mar., 2006.

D'ÁVILA, Roberto Luiz. **O comportamento ético-profissional dos médicos de Santa Catarina: uma análise dos processos disciplinares do período de 1958 a 1996**. 1998.136 f. Dissertação. (Mestrado em Neurociências e comportamento)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: SC, 1998.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995, 133 p.

DENÚNCIAS de erros cresceram 130% em nove anos. **Jornal Folha de São Paulo**. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/> > Acesso em: 15 dez. 2006.

DIREITOS e obrigações dos médicos. São Paulo: LTR, 1998, 548 p.

FALCÃO, Maria Suzana S. de Arruda. **A ética médica e suas infrações: um estudo sobre os processos ético-profissionais do estado do Rio de Janeiro**. 1993. 160 f. Dissertação (Mestrado em Saúde). Rio de Janeiro, Estado Nacional de Saúde Pública, 1993.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito médico**. 9. ed. São Paulo: Forense Jurídica, 2007, 692 p.

FRANÇA, Genival Veloso, GOMES, Júlio Cezar Meirelles. **Erro médico: um enfoque sobre sua origem e suas conseqüências**. Montes Claros: Universidade de Montes Claros, 2000, 232 p.

FIGUEIREDO, Antônio Macena de, FREIRE, Henrique, LANA, Roberto Lauro. **Profissões da saúde: bases éticas e legais**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006, 651 p.

GAUDERER, Christian. **Os direitos do paciente: cidadania na saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: Record, 2002, 394 p.

GINECOLOGIA tem maior índice de erro médico. **Terra notícias**. Disponível em: <http://noticias.terra.com.br> > Acesso em: 01 mar. 2007.

GOLDIM, José Roberto et al. **Consentimento informado e sua prática na assistência e pesquisa no Brasil**. Porto Alegre: Edipucrs, 2000, 130 p.

GOMES Júlio Cezar Meirelles. O atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro. **Bioética**. v. 4, n. 1, 1996; p. 53-64.

GOMES, Júlio Cezar Meirelles, FRANÇA, Genival Veloso, DRUMOND, José Geraldo de Freitas. **Erro médico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, 232 p.

GOMES, Luiz Flavio, GRINOVER, Ada Pellegrini et. al. **Juizados Especiais Criminais Comentários a Lei 9099 de 29/09/95**. 5 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005, 476 p.

GOTSCHLICH, Roberto Von Bennewitz. Las Demandas y querellas por responsabilidad medica en la hora actual y sus mecanismos de regulacion. **Cuadernos medico sociales**. Santiago de Chile, v. XXXIV, n.2 y 3, p. 15-28, mar. 1993.

HAMMURABI, Rei da Babilônia. **Código de Hammurabi**: escrito em cerca de 1.780 a. C. traduzido por Leonard William King; tradução para o português de Julia Vidini. São Paulo: Madras, 2004, 78 p.

ISKANDAR, Jamil Ibrahim. **Normas da ABNT comentadas para trabalhos científicos**. 2 ed. rev. ampl. Curitiba: Juruá, 2005, 96 p.

ISMAEL, J. C. **O médico e o paciente**: breve história de uma relação delicada. 2 ed. rev. e ampl. São Paulo: MG Editores, 2005, 149 p.

JARA, Jorge Jiménez de la. Câmbios em el entorno del trabajo médico. **Rev. Méd. Chile**. v. 132, n. 5, Santiago, mai. 2004, p. 637-642.

JARAMILLO, Eduardo Rosselot. Substratos éticos tras la percepción social del desempeño médico. **Rev. Méd. Chile**. v. 124, n. 1, jan. 1996, p. 109-116.

JESUS, Damásio Evangelista de. **Direito penal: parte especial**. 28. ed. v.2. São Paulo: Saraiva, 2007, 560 p.

KFOURI NETO, Miguel. **Culpa médica e o ônus da prova**: presunções, perda de uma chance, cargas probatórias dinâmicas, inversão do ônus probatório e consentimento informado, responsabilidade civil em pediatria e responsabilidade civil em gineco-obstetrícia. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002, 528 p.

\_\_\_\_\_. **Responsabilidade civil médico**. 6.ed. rev. e amp. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006, 580 p.

KOHN, LT, CORRIGAN, JM, DONALDSON, MS. **To err is human**: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.

KÜNH, Maria Leonor de Souza. **Responsabilidade civil**: a natureza jurídica da relação médico-paciente. Barueri: 2002, 102 p.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec-Abem, 2002, 283 p.

LEITE, Fabiane. Justiça inocenta 65% dos médicos acusados de erro. **Folha de São Paulo**. [online]. 15 dez. 2006. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/> > Acesso em: 15 dez. 2006.

LINHARES JÚNIOR, José. Mortes na Benedito Leite: familiares afirmam que parturientes tiveram gestação sem complicações. **Jornal Pequeno**. São Luís, 27 nov. 2005, Cidade, p. 3.

LUZ, Newton Wiethorn da, OLIVEIRA NETO, Francisco José Rodrigues THOMAZ, João Batista. **O ato médico**: aspectos éticos e legais. Rio de Janeiro: Rubio, 2002, 332 p.

MACHADO, Maria Helena. **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, 244p.

MACRI, Simoni. et. al. Avaliação e características do erro médico na região de São José do Rio Preto. **Arquivo Ciências da Saúde**. São José do Rio Preto: v.11, n.1, p.13-16, jan./mar. 2004.

MAIA, Deíla Barbosa. **Erro médico no Brasil**: análise de processos éticoprofissionais julgados pelo Conselho Federal de Medicina no período de 1988 a 1998. 1999. 130f. Monografia (Graduação em Medicina). Universidade Federal do Maranhão. São Luis, 1999.

MANSUR, Nacime, OLIVEIRA, Reinaldo Ayer (Coord.). **O médico e a justiça**. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2006, 92 p.

MARIOTTI, Aderbal Tadeu. Remuneração justa aos médicos. Disponível em: <[http://www.spsp.org.br/spsp\\_2008/materias.asp](http://www.spsp.org.br/spsp_2008/materias.asp) > Acesso em: 21 ago. 2007.

MARQUES, Cláudia Lima et al. (Coord.). **Saúde e responsabilidade**: seguros e planos de assistência privada à saúde. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999, 476 p.

MARTHA, Marco Antônio Bandeira, PEREIRA, Luiz Augusto. **Manual de medicina defensiva**: como evitar os processos e defender-se nos litígios. Porto Alegre: Associação Médica do Rio Grande do Sul, 1997, 20 p.

MARTINS, Luiz Antônio Nogueira. A saúde do médico. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/novoportal/include/lateraldireito/mostra\\_artig](http://www.portalmedico.org.br/novoportal/include/lateraldireito/mostra_artig) > Acesso em: 08 jan.2008.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes, 2003, 335 p.

MATIELO, Fabrício Zamprogna. **Responsabilidade civil do médico**. 2.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001, 290 p.

MENDES, Walter, et. al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo. v. 8, n. 4, p.393-406, dez. 2005.

MENDONZA, N. et al. Analisis de las consultas al sistema de ayuda profesional de IX Distrito del Colegio de Medicos y de las denuncias penales y demandas civiles en el período comprendido entre el 1-6-90 y el 31-5-94. **CM Publicación Medica**. Mar del Plata, v. 7, n. 3, p. 132-136. dic. 1994.

MODESTO, Márcia G., MOREIRA Esdras C., ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reforma sanitária e informação em saúde: avaliação dos registros médicos em um distrito sanitário de Salvador, Bahia. **Caderno de Saúde Pública**, v.8, n.1,

p.62-66, jan./mar.1992. Disponível em: <http://www.scielo.com.br> > Acesso em: 27 jul. 2005.

MONTOYA, David S., ROSMANICH, Andrés P., VILLALOBOS, Víctor Velásques. Querellas por responsabilidad médica según especialidades en Chile. **Revista Médica Chile**. v. 21, n.4, p.396-402, abr. 1993.

MORAES, Irany Novah. **Erro médico e a justiça**. 5. ed. rev. atual. e amp. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003, 732 p.

NEVES, Nedy Maria B. Cerqueira. **Avaliação do ensino de ética médica nas escolas médicas de Salvador – Bahia**: elementos contributivos para a humanização da medicina. 2005 falta total de folha Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia, Salvador 2005.

NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto, MIYADAHIRA, Seizo, ZUGAIB, Marcelo. O perfil dos médicos denunciados que exercem ginecologia e obstetrícia no Estado de São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 52, n. 3, p. 126-126, maio/jun. 2006.

OPITZ JÚNIOR, João Batista, ANTONIO, Luiz Alberto Calil. **Erro médico: perícia e doutrina civil e trabalhista**. São Paulo: LTr, 2002, 184 p.

ORDEM dos Advogados do Brasil, seccional Maranhão, CONSELHO Nacional de Justiça. **Levantamento estatístico dos processos na Justiça Estadual, Federal e Trabalhista no Brasil, no ano de 2006**. São Luís: OAB/MA, 2008.

OSELKA, Gabriel. Prontuário médico. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.48, n. 4, p.286, out./dez., 2002.

PAIVA, Eliseu Vieira de. Perfil do médico brasileiro. **Conselho Federal de Medicina**. Disponível em: < <http://www.doctorsac.com.br> > Acesso em: 27 abr. 2008.

PAULO, Luiz Gonçalves, ZANINI, Antonio Carlos. **Compliance: sobre o encontro paciente-médico**. São Roque - SP: IPEX, 1997, 195 p.

PERALES, Alberto, MENDOZA, Alfonso, ORTIZ, Pedro. El mercado profesional como determinante de inconducta médica. **Anales de la Facultad de Medicina**. Lima, v.61, n.3, p.207-223, jul., 2000.

PICCINI, Roberto Xavier et al. **Avaliação do ensino médico no Brasil, entre 1991 e 1997**: relatório geral. Brasília, 1997, 68p.

RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida, et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, n. 4, Rio de Janeiro, p.1001-1022, out./dez., 2006.

RIGOTTI, Grenara. Aumentam casos de erros médicos. **Jornal A Notícia**. 29 jan. 2002. Disponível em:<<http://www1.an.com.br>>. Acesso em: 10 abr. 2008.

ROMEIRO, Vitor Ribeiro. **Legislação médica**. Porto Alegre: V. R. Romeiro, 2002, 427 p.

ROSSELOT, Eduardo J. Medical errors in practice. **Revista Médica de Chile**. Santiago, v.129, n.12, p.1455-1458, dez., 2001.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos, PAULA, Adenylza Flávia Alves de, LIMA, Josilene Pereira. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Ver. Latino-Americano Enfermagem** Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p.80-87, jan./fev., 2003.

SCHLICHT, Alberto Teke et al. Demandas judiciales contra médicos en Chile. **Revista Médica de Chile**. Santiago de Chile, v.124, n. 3,p.337-341, mar., 1996.

SEBASTIAO, Jurandir. **Responsabilidade médica: civil, criminal e ética**. 3. ed. rev. atual. e ampl. Belo Horizonte: Del Rey, 2003, 450 p.

SINDICATO médico del Uruguay. **V Jornadas de responsabilidad médica**. Montes Claros: Unimontes, 2002, 332 p.

TEIXEIRA, Sálvio de Figueiredo (Coord.). **Direito e medicina: aspectos jurídicos da medicina**. Belo Horizonte: Del Rey, 2004, 411p.

TOURINHO NETO, Fernando da Costa, FIGUEIRA JÚNIOR, Joel Dias. **Juizados Especiais Estaduais Cíveis e Criminais**. 5. ed. São Paulo, Editora Revista dos Tribunais, 2006, 862 p.

UDELSMANN, Artur. Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v.48, n. 2, p.172-182, abr./jun. 2002.

VASCONCELOS, Fernando Donato. **Como Julga o Cremeb**. Disponível em:< <http://www.bahianet.com.br/> >Acesso em: 18 fev.1999.

VENDRAMINI, Sylvia Maria Machado, DIAS, Wagner Inácio Freitas. **A responsabilidade médica: um cotejo legal, jurisprudencial e doutrinário acerca da teoria da culpa**. Viçosa: UFV, 2002, 184 p.

VIEIRA, Luzia Chaves. **Responsabilidade civil médica e seguro: doutrina e jurisprudência**. Belo Horizonte: Del Rey, 2001, 408 p.

WADA, Mieko. MP investigará morte de bebê em São Luís. **Jornal O Imparcial**. São Luís, 31 jan. 2007, p. 6.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – Ficha Protocolo da Pesquisa Documental**

Ficha nº \_\_\_\_\_ (2 números)

Ano : \_\_\_\_\_ (4 números)

**DADOS DO PACIENTE**

1 – Sexo

(1) Masculino

(2) Feminino

(9) Não especificado

2 – Idade: \_\_\_\_\_

( ) Não especificada

3 – Escolaridade:

(1) Analfabeto

(2) Ensino fundamental incompleto

(3) Ensino fundamental completo

(4) Ensino médio incompleto

(5) Ensino médio completo

(6) Ensino superior incompleto

(7) Ensino superior completo

(8) Pós-graduação

(9) Prejudicado<sup>3</sup>

(10) Não especificado

4 – Ocupação Atual:

(1) Estudante

(2) Dona de casa

(3) Outra \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3 Em crianças abaixo da idade escolar (&lt; 5 anos).

- (4) Prejudicado
- (9) Não especificado

5 – Local de residência

- (1) São Luís
- (2) Interior do Maranhão
- (3) Outros Estados do Brasil
- (4) Outros Países
- (9) Não especificado

6 – Quem fez a denúncia?

- (1) Próprio Paciente
- (2) Parente
- (3) Cônjuge
- (4) Amigo/Vizinho
- (5) Ministério Público
- (6) ONG
- (7) Conselho Tutelar
- (8) Outros \_\_\_\_\_
- (9) Não especificado

**DADOS DO PROCESSO**

7 - Tipo de acusação:

- (1) Não houve acusação
- (2) Homicídio culposo
- (3) Lesão corporal culposa
- (4) Omissão de socorro
- (5) Outros \_\_\_\_\_
- (9) Não especificado

8 - Tipo de culpa alegada:

- a) Imprudência
- (S) Sim
- (N) Não

b) Imperícia

(S) Sim

(N) Não

c) Negligência

(S) Sim

(N) Não

( ) Não especificado

9 – Duração

(1) Menos de um ano

(2) Entre 2 e cinco anos

(3) Mais de cinco anos

(4) Ainda não concluído

(5) Outros \_\_\_\_\_

(9) Prejudicado

10 - Prontuário

(S) Sim

(N) Não

11 – Resumo da Acusação:

**DADOS DO (S) MÉDICO (S)**

12 - Quantidade:

- (1) Um
- (2) Dois
- (3) Três
- (4) Quatro
- (5) Cinco
- (6) Seis
- (7) Sete
- (8) Oito
- (9) nove
- (10) Dez
- (11) Mais que dez
- (99) Não especificado

13 - Sexo:

- (1) Masculino
- (2) Feminino
- (9) Não especificado

14 - Idade: \_\_\_\_\_ anos

- ( ) Não especificado

15 – Experiência Profissional

- (1) Menor que dois anos
- (2) De dois a cinco anos
- (3) De seis a dez anos
- (4) De onze a quinze anos
- (5) De dezesseis a vinte anos
- (6) Maior que vinte anos
- (9) Não especificado

16 – Instituição de graduação:

(1) UFMA

(2) UFPI

(3) UFPA

(4) \_\_\_\_\_ (colocar o nome da instituição)

(5) \_\_\_\_\_

(6) \_\_\_\_\_

(7) \_\_\_\_\_

(8) \_\_\_\_\_

(9) \_\_\_\_\_

(10) \_\_\_\_\_

(99) Não especificado

17 – A instituição de graduação é:

(1) Pública

(2) Privada

(3) Outros \_\_\_\_\_

(9) Não especificado

18 - Especialidade

(1) Ginecologia/Obstetrícia

(2) Cirurgia Geral

(3) Anestesiologia

(4) Pediatria

(5) Clínica Médica

(6) \_\_\_\_\_ (colocar o nome da especialidade)

(7) \_\_\_\_\_

(8) \_\_\_\_\_

(9) \_\_\_\_\_

(10) \_\_\_\_\_

(99) Não especificado

19 – Fez Pós-graduação?

(S) Sim

(N) Não

( ) Prejudicado

20 – Tipo de pós-graduação

(1) Residência médica

(2) Estágio

(3) Especialização

(4) Mestrado

(5 ) Doutorado

(6) Pós Doutorado

(7) Outro \_\_\_\_\_

(8) Não tem pós-graduação

(9) Não especificado

21 – Tem título de especialista?

(S) Sim

(N) Não

( ) Prejudicado

22 – Tem alguma condenação em processo ético-profissional no CRM/MA?

(S) Sim

(N) Não

( ) Prejudicado

**DADOS DA INSTITUIÇÃO**

23 – Tipo:

- (1) Hospital Geral
- (2) Hospital Especializado. Que especialidade (s)? \_\_\_\_\_
- (3) Unidade Mista
- (4) Maternidade
- (5) SPA (Serviço de Pronto Atendimento)
- (6) Clínica
- (7) Ambulatório
- (8) Outros \_\_\_\_\_
- (9) Não especificado

24 - Natureza jurídica:

- (1) Pública
- (2) Privada
- (3) Outros \_\_\_\_\_
- (9) Não especificada

25 - Localização:

- (1) São Luís
- (2) Interior do Maranhão
- (3) Outros \_\_\_\_\_
- (9) Não especificado

**DADOS DO ATENDIMENTO**

26 - Quanto ao momento:

- (1) Eletivo
- (2) Urgência/Emergência
- (9) Não especificado

27 – Tipo:

- (1) Consulta
- (2) Internação
- (3) Atendimento ambulatorial de até 12 horas

(4) Outros \_\_\_\_\_

(9) Não especificado

28 – Área:

(1) Clínica

(2) Cirúrgica

(3) Medicina Intensiva (UTI)

(4) Outro \_\_\_\_\_

(9) Não especificado

29 – Forma de custeio:

(1) SUS

(2) Plano de Saúde

(3) Particular

(4) Outro \_\_\_\_\_

(9) Não especificado

## APÊNDICE B - Termo de compromisso para uso de informações de processos e prontuários

Tendo em vista que a presente pesquisa não entrará em contato direto com pacientes, mas sim com informações contidas nos processos e prontuários médicos, não será necessário o uso de um termo de consentimento livre e esclarecido.

No entanto, foi elaborado o seguinte termo de compromisso, a ser assinado pelos pesquisadores, de acordo com as recomendações de GOLDIM et al. (2000, p. 87), a ser apresentado para a aprovação do trabalho no Comitê de Ética.

Os dados completos da pesquisadora e orientadores constarão na folha de rosto do protocolo de pedido de autorização do Comitê de Ética, de acordo com as orientações da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), do Ministério da Saúde.

## TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

Os pesquisadores ao final assinados assumem a responsabilidade pela manutenção da privacidade e confidencialidade das informações que fazem parte dos processos e prontuários de pacientes do arquivo da Promotoria de Justiça Especializada de Defesa da Saúde.

São Luís, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Pesquisadora

---

Orientadora

## APÊNDICE C - Resumo das acusações

### FICHA 01

Segundo a paciente, houve demora para realização de cesariana. A paciente foi atendida à noite e cesariana foi feita só na manhã do dia seguinte. O hospital estava lotado. O recém-nascido (RN) nasceu com hipóxia e ficou em UTI com seqüelas graves.

### FICHA 02

No momento do parto, foi feito exame de HIV na mãe e deu positivo. A mãe passou por constrangimentos com a família (especialmente com o marido, cujo exame deu negativo), não pôde amamentar o filho. Posteriormente (meses depois), o exame deu negativo. Reclama da ocorrência de erro médico no diagnóstico.

### FICHA 03

A paciente recebeu um relatório médico em que constava que ela tinha disfunção de múltiplos órgãos em consequência de tétano grave, sendo que ela afirma que nunca teve tétano. Operou em hospital, de urgência, com um quadro de abdome agudo devido à ruptura da turba uterina esquerda.

### FICHA 04

A esposa estava em trabalho de parto. Foi atendida em uma maternidade pública, mas não ficou internada por falta de leito. Foi para outro hospital, mas o médico não quis internar, pois dizia que ela não estava em trabalho de parto. A paciente ficou indo e voltando a vários hospitais e acabou parindo em outro hospital, só que a criança nasceu com problemas.

### FICHA 05

A paciente deu entrada em uma instituição com dor no peito, ficou em observação e depois teve alta, sem que o último médico, que lhe deu alta,

sequer a examinasse. Em casa voltou a passar mal, foi levada para o mesmo local, onde foi direto para UTI e morreu. O médico não sabia a causa do óbito. A família levou para a paciente para o IML (Instituto Médico Legal) que diagnosticou aneurisma dissecante de aorta.

#### FICHA 06

O paciente estava em tratamento de uma pneumonia e não tinha problema de coração. Foi tratado por uma médica em um hospital e foi piorando. Um dia, depois de tomar sangue, começou a passar mal e foi para UTI, com edema agudo de pulmão e arritmia cardíaca, vindo a falecer. A família acha que houve erro médico.

#### FICHA 07

A família alega que o paciente teve a perna amputada por um erro na aplicação de soro e medicação na veia do pé. Paciente diabética. Dificuldade de acesso venoso. Foi puncionada veia do pé. Depois da punção, o local ficou vermelho e ferido. Consta que o cirurgião vascular disse que ela foi amputada por micro angiopatia diabética.

#### FICHA 08

O paciente realizou uma cirurgia de hérnia de disco. Após a cirurgia, continuou com os mesmos sintomas (dor na perna). Ao retornar com o médico pediu um laudo da cirurgia e o médico se recusou a dar. Depois o paciente teve que ser submetido de novo à mesma cirurgia e a família acha que houve erro médico.

#### FICHA 09

A paciente fez uma cirurgia de vesícula e durante a cirurgia foram queimados seus dois pés, sendo necessário depois fazer vários curativos e enxerto de pele. A paciente teve lesões graves por queimadura nos pés.

#### FICHA 10

A família alega que a criança estava com dengue e durante a noite a médica atendeu mal ao paciente porque ficou dormindo. A médica nega que estivesse dormindo e juntou a folha de produtividade demonstrando que fez mais de

setenta atendimentos durante a noite e disse que acompanhou a criança durante a noite e só não o fez mais porque precisava dar atenção também às outras crianças internadas e que este paciente ficou internado no corredor do hospital justamente porque a instituição já estava lotada. A criança morreu na manhã seguinte, com dengue hemorrágica, em outro hospital. A criança necessitava de UTI e demorou para achar leito em outro hospital, vindo a criança a falecer pouco tempo após ser internada na UTI deste outro hospital.

#### FICHA 11

A criança estava com dengue hemorrágica e a família a levou para vários hospitais públicos para atendimento. Segundo os familiares, o atendimento demorou muito, trataram a criança com negligência e não a internaram na UTI, alegando falta de leitos. A família, desesperada, levou a criança para a UTI de um hospital particular, onde a mesma faleceu pouco tempo depois.

#### FICHA12

A paciente estava com dor de dente e tomou injeção glútea de Voltarem em um hospital. Depois passou a ter febre e abscesso na perna esquerda, sendo transferido para outro hospital, para fazer drenagem. Sem melhora, voltou de novo ao primeiro hospital, onde havia tomado a injeção. Lá fez uma cirurgia e morreu. No atestado de óbito, consta que houve septicemia e fascíte necrotizante. A família alega que a paciente teve um abscesso no local da injeção, que evoluiu para fascíte de glúteo e de membro inferior.

#### FICHA 13

A paciente estava fazendo pré-natal e a médica prescreveu vacina antitetânica. Após a terceira dose da vacina, a paciente ficou com febre, náusea, calafrios e também não conseguia mover o braço. Posteriormente, foi constatado que a paciente teve neuropatia periférica causada pela vacina, com hipotonia e atrofia da musculatura do braço esquerdo. A paciente alega que houve erro por administração inadvertida da vacina.

#### FICHA 14

Paciente com trinta e duas semanas de gestação foi parir em um hospital público. O parto foi difícil. A parturiente disse que ouviu a criança chorar, mas depois disseram para ela que o seu filho tinha nascido morto. Nunca entregaram o corpo à família. Após o parto, a mãe foi para UTI. Alegam que a paciente teve infecção, perdeu o útero e fez hemodiálises. Depois, a função do rim melhorou e a paciente não faz mais hemodiálise, só acompanhamento ambulatorial.

#### FICHA 15

Paciente fez cesariana e depois teve infecção da ferida operatória. Teve que fazer resutura da parede abdominal, permanecendo com abdome aberto vários dias e ficando também com colostomia. Alega que houve erro médico.

#### FICHA 16

Relata que o paciente fez uma biópsia de próstata em uma instituição e que depois disso começou a ter dor e sangramento na região pélvica, ficou sem urinar e sem mover a perna. No dia seguinte foi levado para a emergência de um hospital, ficando na observação. No outro dia foi para outro hospital, onde piorou e morreu à noite. No atestado de óbito consta que houve parada cardíaco-respiratória, insuficiência hepática e insuficiência renal. O médico que fez a biópsia não foi procurado pelo paciente após o procedimento. A família alega que houve erro médico no atendimento.

#### FICHA 17

A paciente tentou ser atendida em um hospital para parir, onde o médico acusado disse que não havia leito e disse para procurar outra maternidade. Havia um aviso na porta do hospital, assinado pelo médico, em que constava esta informação. Ela foi para uma outra maternidade, onde também não tinha leito disponível. Foi para outra maternidade, onde a enfermeira afirmou não ter médico e pediu que procurasse outro lugar. A paciente voltou novamente ao primeiro hospital onde havia procurado atendimento. O médico novamente não atendeu alegando falta de leito. A paciente ficou deitada no chão deste hospital, com muita dor e já em trabalho de parto e o marido chamou a polícia,

pois o médico se recusava a prestar socorro, mesmo com a paciente naquelas condições. O médico continuou se recusando a atendê-la, mesmo com a presença dos policiais. A paciente foi então levada por uma ambulância para uma maternidade, onde a criança nasceu. A paciente quer processar o médico que lhe recusou o atendimento, no primeiro hospital.

#### FICHA 18

A criança nasceu em uma maternidade e morreu uma hora após o parto. Não se sabe a causa do óbito. O médico refere que o local não tinha a estrutura necessária para realizar o atendimento, mas que foi feito em função da urgência do caso. A família reclama da falta de Informações. Foram ao IML (Instituto Médico Legal) e à delegacia, mas não receberam as orientações necessárias. Foram ao Ministério Público da Saúde pedindo a investigação do caso. No atestado de óbito consta insuficiência respiratória e aspiração meconial.

#### FICHA 19

A paciente deu entrada na emergência de um hospital, com quadro de dor abdominal. Foi internada. Fez tomografia computadorizada abdominal. Ela fez uma cirurgia e foi para UTI. Familiares reclamam muito de atendimento e também dizem que entravam na UTI sem roupas especiais, só lavando as mãos. A paciente fez um cateterismo cardíaco e depois fez outra cirurgia. A paciente morreu na UTI, após parada cárdio-respiratória. Os familiares alegam que houve erro médico.

#### FICHA 20

Paciente tem problemas vasculares nas pernas. Fez mais duas cirurgias com um médico cirurgião vascular. O paciente pediu laudo destas cirurgias, para levar ao INSS (Instituto Nacional da Seguridade Social) e, segundo ele, o médico se recusou a entregar. O paciente alega que houve erro médico, pois continua com o problema nas pernas. Nota-se que a grande questão para o paciente eram os laudos médicos para levar ao INSS e obter o auxílio doença e que os médicos se recusavam e ou diziam que ele estava apto ao trabalho.

#### FICHA 21

O paciente precisava de UTI e como a família não encontrava leitos na rede pública, internou em três hospitais privados. Os familiares reclamaram que um dos hospitais privados está cobrando pelos dias de internação. Acham que houve erro médico devido à demora na transferência do paciente para UTI e também acham que não podem ser cobrados pelo atendimento.

#### FICHA 22

O paciente foi tratar um abscesso por acne na face em um hospital e foi prescrito Benzetacil. Após a injeção, o paciente teve dores no local, perda de peso e passou a “puxar a pena” só andando com muletas. Foi-lhe explicado que o mesmo teve uma osteomielite (e que não foi erro na aplicação da injeção). Consta no processo laudo médico que refere que o paciente teve artrose séptica. Laudo da perícia do Ministério Público atestando que não houve erro médico, mas sim uma osteomielite por migração sanguínea das bactérias da face. No entanto, o paciente acha que o seu problema foi decorrente da má aplicação da injeção.

#### FICHA 23

A criança fez uma cirurgia cardíaca em um hospital. Depois da cirurgia o cirurgião cardíaco disse aos familiares que não havia necessidade de fazer a cirurgia, pois não foi encontrado nada e não tinha nada para ser feito na cirurgia. O cirurgião alega que havia exames que atestavam a existência da patologia (PCA) antes da cirurgia e por este motivo é que a mesma foi feita. Existe no processo um laudo de cardiologista atestando que a criança fez a toracotomia lateral para correção de PCA (persistência do canal arterial) e que não foi encontrada a referida lesão (PCA). Segundo este laudo, a criança tem estenose pulmonar leve, sem indicação cirúrgica. Os familiares querem a punição pela cirurgia desnecessária.

#### FICHA 24

A paciente alega que ficou muito tempo em um hospital, sem que fizessem o parto. O hospital estava lotado. Sentiu uma dor muito forte e depois parou de

sentir dor. Só então lhe levaram para a sala de parto. Com dificuldade, a criança nasceu, mas ficou com seqüelas neurológicas. Alegam que houve erro médico.

#### FICHA 25

A paciente era diabética e estava com dor na perna direita, por má circulação sanguínea. Foi alegado que os médicos fizeram uma cirurgia, ignorando o fato de a paciente ser diabética e ela teve que amputar os membros inferiores. Segundo os familiares, em decorrência de vários erros médicos, a paciente veio a falecer. Os médicos alegam que a amputação foi em decorrência de complicações circulatórias do diabetes e que não houve erro médico.

#### FICHA 26

A paciente alega que após uma queda, teve uma fratura no antebraço. A paciente foi atendida por um médico em um hospital, o qual teria lhe dito que “queria ganhar dinheiro em cima dela”. Ela teria feito a cirurgia e não foi mais vista pelo médico. Depois lhe disseram que o fio e o parafuso foram colocados de maneira errada. Ela acusa o profissional de erro médico.

#### FICHA 27

Paciente fez uma cesariana em uma maternidade e posteriormente foi descoberta uma pinça de Kelly dentro da barriga da paciente. A paciente ficou com abdome aberto após a segunda cirurgia (para retirada da pinça), pois estava com infecção. Alega que houve erro médico na cesariana, pelo esquecimento da pinça em seu abdômen.

#### FICHA 28

A paciente alega que foi parir em um hospital e que ficou muitas horas sentindo dor, mas que só lhe diziam que ela estava para ter o nenê, mas que ainda não seria a hora. A instituição estava lotada. Mais tarde, o coração do feto parou de bater. Só fizeram a cirurgia horas depois e o feto já estava morto há várias horas. Alega que houve erro médico.

## FICHA 29

Paciente reclama de suposto erro de diagnóstico em um hospital, pois foi diagnosticado um “choque cardiogênico” quando o correto seria “asma”. Reclama também da negativa do plano de saúde. Alega que houve erro médico no atendimento.

## FICHA 30

Uma paciente grávida estava na sala de parto e foi colocada numa maca. A maca desabou, sendo que a grávida caiu de barriga no chão. Logo após, a gestante foi encaminhada ao parto sendo que o RN nasceu com problemas respiratórios e faleceu na noite do mesmo dia. Segundo os familiares, a criança apresentava hematomas no rosto. Segundo os médicos, a paciente não sofreu a queda da maca. Seu RN nasceu com mecônio e odor fétido, com necrose do cordão umbilical. O laudo do IML deu como causa *mortis* “indeterminada”, mas afastou a hipótese de fraturas ou contusões no RN.

## FICHA 31

A paciente fez uma cirurgia de catarata no olho esquerdo. Posteriormente, foi constatado que a lente estaria fora do lugar. Fez outra cirurgia, mas a visão continuou ruim. Fez uma limpeza da lente, mas o resultado não foi satisfatório. Passou a ter dor e inchaço no olho esquerdo sendo que a médica lhe prescreveu colírios. A médica disse que ela teve um derrame na vista, sendo que só resolveria com um transplante de córnea. Depois a paciente foi a outros médicos que lhe disseram que ela perdeu a visão esquerda e que necessitava de transplante de córnea. A paciente acha que perdeu sua visão por causa da primeira cirurgia, pois a médica não soube colocar a lente direito e também achou estranho operar de catarata em ambos os olhos, pois só tinha 43 anos à época da cirurgia.

## FICHA 32

Uma criança foi submetida a duas cirurgias de postectomia, sendo que ficou com quelóide na cicatriz cirúrgica no pênis com efeito estético ruim, mas sem prejuízo funcional (ereção e micção). Na perícia do IML foi concluído que o

surgimento do quelóide independe de conduta médica, pois está ligado a fatores raciais. A família alega que houve erro médico.

#### FICHA 33

Paciente fez cirurgia de catarata. Após três dias, teve dor, febre e secreção no olho operado. Foi à clínica onde fez a cirurgia, mas o médico estava viajando. O outro médico diagnosticou uma infecção e prescreveu remédios. O paciente perdeu a visão. Durante o quadro, o paciente pediu ao primeiro médico que retirasse a lente intra-ocular anteriormente colocada, pois estava incomodando, mas não foi atendido. O paciente alega que houve erro médico.

#### FICHA 34

Paciente fez cesariana em uma maternidade, com quadro de sofrimento fetal (presença de mecônio e bradicardia). Após uma semana, passou a ter sinais de infecção na ferida operatória da cesariana, que evoluiu para um abdome agudo inflamatório. Voltou à maternidade onde fez o parto e foi transferida para um outro hospital, onde fez laparotomia e ficou com abdome aberto por vários dias. Ficou com cicatrizes não estéticas em abdômen. Quer indenização pelo sofrimento físico e dano estético, pois acha que houve erro médico.

#### FICHA 35

Uma mãe levou sua filha para uma instituição de saúde para fazer um EEG (eletroencefalograma), pois a paciente estava com convulsões. O médico aplicou a medicação hidrato de cloral, um indutor do sono, para realizar o exame. No primeiro dia após o exame, a paciente apresentou convulsões, febre, manchas avermelhadas e urticária. A paciente retornou à instituição onde foi vista pelo mesmo médico e prescrito soro. A criança morreu no dia seguinte, em um outro hospital. Não foi esclarecida a causa da morte, mas a perícia do Ministério Público (MP) concluiu que a droga ministrada para fazer o EEG foi correta. A família acha que houve erro médico.

#### FICHA 36

A paciente alega que fez uma apendicectomia, sem intercorrências, mas que doze horas após o procedimento, o pé esquerdo dela ainda estava dormente e

um neurologista constatou uma mononeuropatia grave. Ela culpa o anestesista de ter lesionado o nervo do seu pé.

#### FICHA 37

Paciente internou para fazer uma cirurgia do punho. Durante ato cirúrgico, paciente teve parada cardíaca. Foram feitas manobras e o paciente ficou em ventilação mecânica, mas antes teve anóxia cerebral grave. Foi para UTI onde faleceu três meses depois. A família acusa o anesthesiologista de erro médico.

#### FICHA 38

Um paciente idoso passou mal em casa e foi levado para um hospital, sendo internado em UTI. Os familiares alegam que o mesmo estava sofrendo maus tratos pela equipe da UTI, pois o paciente ficava com frio, com sede, cheio de tubos e aparelhagens, com um atendimento desumanizado. Alegam que o paciente veio a falecer em decorrência de erro médico.

#### FICHA 39

Paciente fez duas sessões de LECO (litotripsia extracorpórea), devido a cálculo renal esquerdo em uma instituição de saúde. Depois disso, passou a ter fortes dores abdominais, vômitos e não urinava. Foi levado para um hospital, onde foi feita uma ultrassonografia que detectou que o rim esquerdo estava partido e com vários hematomas. Paciente realizou a retirada do rim esquerdo emergencialmente. O paciente alega as sessões de LECO foram realizadas pelo atendente, pois o médico estava ausente e atribui as suas lesões à ocorrência de erro médico na execução das LECO. A clínica onde foram feitas as sessões de LECO não enviou o prontuário (onde fez a LECO) e o hospital onde o paciente retirou o rim não enviou o laudo histopatológico que comprovasse que o mesmo foi extirpado devido a hematomas, supostamente por erro médico.

#### FICHA 40

Paciente fez cesariana, com sofrimento fetal (mecânico e taquicardia). Foi prescrito antibiótico na alta. Seis dias depois da alta, a paciente teve infecção. Voltou para clínica onde fez o parto, tendo realizado ultrassonografia, que

detectou um abscesso. A paciente foi submetida à cirurgia de drenagem de abscesso, ficando com abdome aberto. Paciente foi transferida para outro hospital, onde fez vários procedimentos e ficou na UTI, tendo alta posteriormente. Alega que houve erro médico.

#### FICHA 41

A criança foi para emergência de um hospital e foi internada. A médica prescreveu cefalotina. A criança teve uma reação anafilática, com parada cárdio-respiratória (PCR) e foi para UTI. Ficou com seqüelas neurológicas graves, em estado vegetativo. A família alega que houve erro médico.

#### FICHA 42

O paciente já havia operado o olho direito por glaucoma e o olho esquerdo por catarata, com outros profissionais. Como a visão continuava ruim no olho esquerdo, os médicos lhe disseram que ele teve um deslocamento de retina e foi encaminhado a outro oftalmologista. O referido médico operou o paciente, sendo que após a cirurgia, o paciente perdeu a “pouca visão que tinha”. O paciente já era cego do olho direito, pelo glaucoma e alega que ficou cego devido a um erro médico.

#### FICHA 43

Paciente internou em uma maternidade para parir. Segundo ela, o obstetra indicou uma cesariana, mas ele acabou o plantão e ela ficou acompanhada por outro médico. Que este outro médico, que ela não sabe o nome, tratou-a com descaso e a abandonou na cama. A maternidade estava lotada. A paciente informa que ela estava com a bolsa rota e saía um líquido esverdeado e que ela teria dito isso ao médico, mas ele não fez nada, pois não auscultou o bebê nem pediu ultrassom. Posteriormente, ela teve um parto normal bem difícil, em que a enfermeira se apoiou completamente sobre a barriga dela para o bebê sair. A mãe informa que o bebê teve circular de cordão e nasceu grave, indo para UTI. A paciente alega que ficou com lesões no períneo (até com protrusão anal), uma vez que não foi feita a episiotomia no momento do parto normal. Posteriormente, o bebê faleceu. Depois do parto, ela e a família se reuniram

com diretoria do hospital, que não a deixou ver o prontuário e nem disse o nome do médico que atendeu a paciente. A paciente alega que houve erro médico.