

**A DETERIORAÇÃO DA RELAÇÃO
MÉDICO-PACIENTE AO LONGO DO TEMPO:
SUA INFLUÊNCIA SOBRE OS EVENTOS ADVERSOS EM
MEDICINA**

EMIR GUIMARÃES DE OLIVEIRA SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado do
Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa
Como requisito final para obtenção do Grau de Mestre

Orientadores:

Prof^ª. Dr^a Maria do Céu Rueff
Prof^ª. Thelma Battaglia Rezende

Lisboa, Portugal

Outubro de 2010

**A DETERIORAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE AO LONGO DO TEMPO: SUA
INFLUÊNCIA SOBRE OS EVENTOS ADVERSOS EM MEDICINA**

Emir Guimarães de Oliveira Silva

“Curar quando possível, aliviar
quase sempre, consolar sempre.”
Hipócrates-460 anos a.C.

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Therezinha Magarão Guimarães Silva, as minhas irmãs Thais e Eneida, à minha esposa Márcia Rocha Villalon e a minha filha Carolina Vasconcelos de Oliveira Silva que me estimulam a cada dia tentar ser uma pessoa melhor.

Ao meu falecido pai Emir de Oliveira Silva, pelo exemplo e carinho.

A Deus, por estar sempre comigo.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer às pessoas envolvidas na realização desta jornada e que foram imprescindíveis nesta minha conquista.

A minha orientadora a Professora Doutora Maria do Céu Rueff de Saro Negrão e a minha co orientadora Professora Thelma Battaglia Rezende pela credibilidade e confiança que depositaram em mim, apesar de todas as dificuldades que tive, pelos ensinamentos que me passaram e pela enorme paciência. Gostaria que soubessem que as admiro muito e as considero profissionais essenciais para o meio científico, e tenho muito orgulho de tê-las como orientadora e co orientadora.

Ao ISCTE e a FGV pela organização e ajuda que me foi prestada; em especial, agradeço aos Coordenadores do Programa Professor Doutor Luis Filipe Martins e a Professora Tania Regina da Silva Furtado.

A minha amada, Márcia Rocha Villalon, que acompanhou essa trajetória desde o início, sempre me incentivando, mesmo nos momentos mais complicados.

Ao meu amigo e chefe, Marcos Knibel, por ter permitido meu afastamento do trabalho e ter me incentivado a ingressar nesta jornada.

A minha amiga Laura Cristina Molinaro pelo apoio e paciência.

Aos meus amigos do mestrado e do Hospital São Lucas pelos momentos de descontração e ajuda neste período complicado.

A Deterioração da Relação Médico-Paciente ao Longo do Tempo: Sua Influência sobre os Eventos Adversos em Medicina. SILVA, Emir Guimaraes de Oliveira. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa, Portugal, 2010.

RESUMO

O estudo tem como objetivo compreender as transformações que ocorreram na relação médico paciente e seus reflexos. A disponibilidade da informação através dos meios de comunicação principalmente a web e o distanciamento cada vez maior do médico provocaram um enfraquecimento da relação e o aparecimento de questionamentos sobre as suas condutas. O paciente deixou de assumir uma postura submissa e agora procura participar ativamente nas decisões sobre o seu corpo. Neste novo cenário o profissional exerce sua profissão amedrontado, se protegendo do paciente e de seus familiares que procuram por erros que justifiquem seu sofrimento ao invés de focar no processo da cura.

DESCRITORES: Relação médico-paciente, Informação, Web, Erros.

The Deterioration of the doctor patient relationship to belong the time: Its Influence about the Events Adverse in Medicine. SILVA, Emir Guimaraes de Oliveira. Dissertation presents to Mestrado Program of High Institut of Work Science and Company.

ABSTRACT

The study aims to understand the changes that occurred in the doctor patient relationship and its consequences. The availability of information through the media especially the web and the increasing distance of the doctor led to a weakening of the relationship and the emergence of questions about their conduct. The patient failed to take a submissive posture and now seeks to participate actively in decisions about the body. In this new scenario is a practicing professional frightened, if protecting the patient and their family members who look for mistakes to justify their suffering rather than focusing on the healing process.

KEYWORDS: Doctor patient relationship, Information, Web, Mistakes.

Índice

Resumo
Abstract

1-Introdução

2-Objetivo

3-Metodologia empregada

4-Revisões da literatura

4.1-A difícil arte da medicina

4.2-O médico e sua formação hipocrática

4.2.1-Evolução tecnológica e seu impacto sobre a doutrina hipocrática

4.3-O médico diante da opinião pública

4.4-O Estado da Arte da profissão médica no Brasil

4.5-A gênese do erro médico e do evento adverso na medicina

4.6-Confabilidade na relação médico paciente

4.7-Os conflitos de deveres e interesses que ocorrem durante a relação médico paciente e atores envolvidos

4.8-Globalização como fator de interferência na relação médico - paciente

4.9-A cultura, religião e morte: Assistência médica do início ao fim da vida

4.10 - A compreensão filosófica da morte

4.11- A bioética e o código de ética médica no Brasil

4.12- Aspectos jurídicos da relação médico paciente: O seu surgimento na história das sociedades e a atualidade no Brasil

4.13- A judicialização da medicina no Brasil: causa ou consequência nos tempos atuais?

5-Discussão

6-Conclusão

Bibliografia

1-INTRODUÇÃO

A relação entre o médico e o paciente sofreu mudanças ao longo dos séculos em decorrência às transformações da sociedade e os avanços tecnológicos.

O paciente, que antes adotava uma postura submissa; agora questiona sua qualidade de vida, os benefícios e efeitos colaterais dos tratamentos administrados, as indicações dos exames complementares e o direito sobre o seu corpo enquanto que o médico, outrora figura onipotente, começa a se perguntar a respeito da sua conduta e é questionado sobre a sua ética profissional.

As novas discussões a respeito dos custos e as motivações que levam a manutenção da vida sem perspectiva de melhora envolvem aspectos jurídicos, econômicos, religiosos, culturais, psicológicos e sociais que nem sempre estão dispostos em harmonia^(1,2). Neste novo cenário em que o “toque” do médico em muitas ocasiões é substituído pelos exames complementares, o paciente é cada vez menos envolvido na relação com seu médico.

O surgimento dos conflitos acontece com frequência na relação e na maioria das vezes envolve a legislação vigente, a influência da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, as operadoras de seguro-saúde, a autoridade que é conferida ao médico, as convicções religiosas e os questionamentos dos familiares e pacientes a respeito dos direitos sobre seu corpo⁽³⁾. Quando a relação de confiança entre o médico e o paciente é quebrada, uma série de inseguranças e dúvidas surge, podendo alcançar situações críticas e atritos graves entre as partes envolvidas.

Várias perguntas a respeito da condução desta relação que ultrapassa os limites de uma simples relação de prestação de serviços e envolve aspectos conflitantes ainda estão em aberto como:

Quem é o detentor do conhecimento médico?

Quem determina os limites da doutrina, do direito e da bioética?

Quando as comissões de ética médica deixarão de assumir um caráter meramente consultivo?

Elas funcionarão como ferramentas para o estabelecimento de regras para a auto-regulação da atividade na medicina?

Os códigos penais e civis dos países se adaptarão as questões polêmicas envolvendo a medicina e a autonomia do paciente sobre seu corpo?

2-OBJETIVO

Compreender como as mudanças ocorridas na sociedade e a busca pela informação disponibilizada em sites relacionados à saúde vêm transformando a relação médico-paciente.

3-METODOLOGIA

Considerando os critérios de classificação de pesquisa propostos por Vergara ⁽⁴⁾, a pesquisa foi realizada pelo método dialético que vê a relação médico-paciente em constante fluxo e transformação pela sociedade, tendo como análise os motivos que a modificaram.

Quanto aos fins: descritiva, pois descreve os principais fatores observados pelo pesquisador que em sua opinião influenciaram na mudança da relação médico-paciente e seu impacto sobre a caracterização de eventos adversos em medicina.

Quanto aos meios: bibliográfica, na qual se obtém um estudo sistematizado desenvolvido a partir da pesquisa de material publicado em livros, revistas, jornais e redes eletrônicas.

4- REVISAO DA LITERATURA

4.1 - A difícil arte da medicina

Quando o jovem decide pela carreira da medicina, ele o faz geralmente muito cedo, não tendo idéia do que é exatamente a profissão.

A escolha pela carreira pode ser atribuída a vários motivos: situação social, ascensão financeira, influência familiar e o altruísmo entre outros.

O futuro médico sem nenhum preparo prévio faz a opção por uma vida de convívio com o sofrimento humano, tendo de abrir mão de suas horas de lazer e do contato com os amigos e familiares em detrimento a convivência com o sofrimento e a angústia das pessoas, muitas vezes travando batalhas perdidas contra a morte.

Ele se compromete com um juramento, inalterado apesar das mudanças da medicina e da sociedade e aprende a manter a qualquer custo a vida, podendo inclusive vir a indicar a mutilação de pessoas em detrimento a sua sobrevivência além de receber o *status* de confidante dos segredos mais bem guardados de seus pacientes.

Diante de todas as dificuldades, a afirmativa do jornalista brasileiro Alexandre Garcia em matéria para o jornal do conselho federal de medicina resume bem o que é ser médico:

“Quem tiver vocação para super-homem vira médico”⁽⁵⁾.

Este “desejo” demonstrado pelo estudante de medicina de conviver com todas as questões constitui um dos grandes desafios da psicologia médica que ao traçar o perfil psicológico do indivíduo que deseja ser médico identifica com frequência um temor pela morte e uma ânsia pela sua distância, gerando um paradoxo interessante que ele terá que conviver durante toda a prática da medicina⁽⁶⁾. Vários autores escreveram textos analisando o assunto, como exemplo podemos citar:

Zaidhaft⁽⁷⁾ descreve a angústia do jovem estudante diante das suas primeiras dúvidas relativas à escolha da profissão, quando o cadáver passa a ser objeto de seus estudos no primeiro ano de sua formação.

Kovács⁽⁸⁾ enfoca que no período em que é administrada a disciplina de anatomia, a doença e a morte começam a ser descaracterizadas e os estudantes de medicina, futuros médicos, começam a entrar em contato com uma morte

despersonalizada iniciando um processo de repressão a qualquer sensação de repulsa e desespero diante do cadáver.

O psicanalista Simmel ⁽⁹⁾ em seu artigo “*The doctor game, illness and profession of medicine*” publicado em 1926 descreve a profissão médica como uma forma de satisfazer os desejos primitivos do indivíduo, relacionados ao princípio do prazer, aceitos socialmente e ligados a realidade representando uma forma de acesso a áreas normalmente inacessíveis.

Lief ⁽¹⁰⁾ observando uma amostra de 60 estudantes de medicina do primeiro ano do curso constatou que: 32% encontravam-se motivados e apresentavam sinais de maturidade tendo como desejo trabalhar com pessoas possuindo interesse pela ciência, 30% se adaptaram a situação e 38% possuíam conflitos em relação a sua escolha.

O estudo mostrou que os dois últimos grupos cujo percentual representava 68% do total da amostragem eram guiados por impulsos neuróticos, inconscientes e conflitos que surgiram durante a sua infância.

Temas polêmicos como a terminalidade e a morte, cujo conteúdo gera os mais diversos sentimentos e atitudes, passam a conviver no cotidiano do médico gerando neles as mais diversas reações como indiferença, angústia e até depressão.

Kalish e Reynolds ⁽¹⁾ estimaram que 30% a 60% dos médicos aprendem a lidar com a terminalidade da vida no seu período de aperfeiçoamento, realizado durante a residência médica, espécie de estágio supervisionado que alguns profissionais conseguem geralmente logo após a conclusão do seu curso acadêmico.

O médico E. Christian Gauderer ⁽¹¹⁾ enfatizada a importância de, literalmente, ensinarmos ao paciente, informá-lo, educá-lo no mais amplo sentido da palavra quanto à sua problemática médica e justifica tal observação afirmando: "fomos treinados a diagnosticar e tratar algo, mas em nossa formação profissional não foi suficientemente".

Ao analisarmos tal questão no Brasil, podemos afirmar que o percentual de médicos que conseguem complementar sua formação com a residência médica é inferior a 62% seja pela necessidade de atingir o mercado de trabalho rapidamente por motivos financeiros, pela escassez de vagas oferecidas ou pela grande disputa que ocorre para se consegui-las ⁽¹²⁾.

Esta ausência de complementação na sua formação representa um problema crescente na medicina brasileira resultando na incapacidade do médico recém formado de administrar determinadas situações, por total despreparo ou por pouco contato prévio com determinados conflitos que ocorrem no cotidiano da profissão.

Millan RM. ⁽¹³⁾ descreve que o sentimento de frustração, os conflitos internos e a angústia que estes profissionais se deparam diante dos questionamentos a respeito da

terminalidade e da morte associada a uma personalidade frequentemente exigente provoca cobranças enormes, o que justificaria a alta incidência de quadros depressivos entre os médicos.

A Vianna e H Piccelli ⁽¹⁴⁾ afirmaram que: “a educação formal sobre o assunto nas escolas de medicina, desde o início do curso, bem como a permanente atenção dispensada ao tema por parte dos profissionais, poderia modificar o comportamento do estudante e do médico, tornando-os mais aptos a lidar com a morte e com o paciente terminal.”

Na ausência de uma preparação para um assunto tão delicado como este, a busca de respostas pelo médico se faz depois de concluída sua formação, na maioria das vezes sem que haja qualquer tipo de supervisão podendo ser adquirida por meios traumáticos e dolorosos.

A medicina alcançou avanços científicos capazes de manter a vida por períodos que até então eram considerados impossíveis; a morte apesar de ser um fato inexorável, ainda representa uma derrota para o médico, uma vez que ele é preparado o tempo todo para combatê-la a qualquer custo criando barreiras emocionais que o auxiliam a conviver com o sofrimento do próximo e sua dor ocultando sua fragilidade, o que muitas vezes é confundida com indiferença pelo paciente e seus familiares ^(15,16).

Na ausência de uma orientação apropriada ele possui dificuldades em compreender e aceitar a morte como uma fase final do ciclo da vida e a lidar com o evento da terminalidade, podendo impedir inconscientemente que o paciente receba dignidade e conforto nos minutos finais da sua vida.

4.2 - O médico e sua formação hipocrática

A medicina tem sido concebida como um exercício de reflexão e de questionamentos filosóficos desde o surgimento das sociedades.

A arte da cura, descrita desde os primórdios da humanidade, sofreu várias transformações com o tempo, evoluindo desde rituais mágicos passando pela medicina sacerdotal até os tempos de hoje onde sofre grande influência da tecnologia.

A primeira doutrina médica ocidental que estudou o binômio saúde-doença foi escrita por *Alcmeon de Crotona* (Século VI A.C), nela havia referências a respeito da oposição de potências que quando misturadas de forma equilibrada davam ao organismo um estado que passou a ser chamar saúde ⁽¹⁷⁾.

Na Grécia antiga nas escolas hipocráticas, helenísticas e de Alexandria, três nomes se destacavam quando se fazia referência à arte da cura: Apolo, Asclépio e Hipócrates.

Apolo, o filho de Zeus, era o mais formoso dos Deuses e tinha seu nome sempre relacionado à poesia, música e artes, dentre elas a Medicina.

Asclépio, considerado o mestre das artes da cura, aprendeu a arte de ressuscitar os mortos com uma serpente. Nos textos antigos ele não é tratado como deus, mas como um aprendiz de Quíron, sendo considerado um habilidoso médico.

A partir do mito surgiu o culto a Asclépio que possuía santuários para onde as pessoas eram levadas para receber a cura e orientações sobre exercícios físicos, dietas e práticas de cunho terapêutico.

A figura de Asclépio é representada por um homem de olhar sereno que possuía no braço esquerdo um bastão onde se enroscava uma serpente, que foi transformada no símbolo da medicina.

Hipócrates, discípulo de Asclépio da 17ª geração de seus seguidores, teve sua formação na arte da cura na escola médica da ilha de Kós. Ele desenvolveu uma visão mais racional da medicina separando-a da magia e da religião, afastando as causas sobrenaturais da doença e estabelecendo a relação entre a causa e o efeito.

A famosa Coleção Hipocrática constituída por 53 livros reunidos por *Baccheio* no século III A. C em Alexandria na verdade foi originária de várias escolas médicas cabendo apenas parte da sua autoria a Hipócrates. Ela relacionava as moléstias e epidemias que assolavam a Grécia aos fatores climáticos, raciais ou relacionados ao tipo de vida do cidadão.

Os Aforismos de Hipócrates até hoje são utilizados, como: “Os sintomas são defesas naturais. Quantas vezes aparecem sintomas que parecem enfermidades e não são mais que remédios das mesmas.”⁽¹⁸⁾

Seus estudos originaram a teoria humoral a respeito dos quatro humores, a saber: sangue originado do coração (quente e úmido), fleuma originada do cérebro (fria e úmida), bílis amarela originada do fígado (quente e seca) e bílis negra originada do baço (fria e seca). Eles determinavam os diferentes tipos de indivíduos conforme o percentual dos humores encontrados em seus corpos gerando a classificação do homem em sanguíneo, fleumático, colérico e melancólico.

A doença era definida como um desequilíbrio entre estes humores na maioria das vezes causado pela ingestão de alimentos que os originariam daí a importância da terapêutica auxiliar (*Physis*) no tratamento do indivíduo através de dietas e exercícios físicos. Os medicamentos naquela época possuíam um papel secundário no tratamento do indivíduo.

O nome de Hipócrates também está intimamente relacionado à ética médica com destaque para o seu juramento recitado até hoje pelos formandos em medicina de vários países.

Em “A lei” ele definiu o estudante de medicina como: “aquele que deseja adquirir um bom conhecimento de medicina deve ter as seguintes características: aptidão natural, cultura, disposição para estudar, instrução desde cedo, perseverança, amor ao trabalho e tempo disponível. Antes de qualquer coisa, é preciso talento natural, pois quando a natureza se opõe tudo é em vão. Quando, porém ela indica o caminho e a direção do que é melhor, o aprendizado da arte se faz de maneira prazerosa. O estudante deve tentar por seu lado assimilar esse aprendizado através da reflexão, tornando-se logo de início um aluno em um local apropriado à instrução, de modo que os conhecimentos que estão se enraizando produzam frutos apropriados e abundantes”⁽¹⁹⁾.

Na formação Hipocrática não existe espaço para a participação do paciente nas tomadas de decisão, o conceito da busca pela vida a qualquer custo é inabalável, apesar dos inúmeros avanços da medicina o ensino médico não evoluiu satisfatoriamente a ponto de adaptar-se aos novos progressos da medicina e a suas conseqüências^(18,19, 20, 21).

4.2.1 - Evolução tecnológica e seu impacto sobre a doutrina hipocrática

A medicina hipocrática assumiu tamanha importância dentro da história da humanidade que prevaleceu até o século XVIII da era Cristã^(17,19).

Foi na “Revolução Científica” no século XVII que se abriram novos caminhos para a pesquisa representando um novo marco para a medicina: o paciente deixa de ser visto como um ser dotado de corpo, pensamentos e alma e passa a se tornar um conjunto de tecidos organizados que formam órgãos e sistemas com funções específicas. Nesta época os remédios começaram a ser produzidos em grande escala, passaram a ter um preço menor, e se tornaram mais acessíveis, inclusive possuindo maior eficácia.

Descartes, famoso filósofo da época, em seus pensamentos desenvolveu uma cisão entre o corpo e a mente, entre a cultura e a natureza sugerindo uma segmentação. A doença se tornou uma entidade independente, que atua sobre o indivíduo podendo ser classificada, estudada e tratada de varias formas⁽²²⁾.

No “Século da Luzes” (século XVIII), o racionalismo triunfou, tendo o método científico a sua principal ferramenta

A partir do século XIX, com a Revolução Industrial, transformações profundas ocorreram na sociedade envolvendo inclusive a medicina por conta da influência dos avanços tecnológicos das máquinas e da necessidade de produzir para obter lucro.

Neste período surgiu uma nova preocupação para o médico: a necessidade de manter os funcionários das fábricas desempenhando suas atividades o que levou a um novo foco relacionado à saúde do trabalhador.

O médico alterou seu modo de atuar, uma vez que o seu trabalho passou a estar associado à prestação de serviços para uma determinada fábrica ou grupo de trabalhadores com o intuito de favorecer a produção através da manutenção da saúde do trabalhador e prevenção das doenças ocupacionais. Ele se preocupava não só com o diagnóstico e o tratamento, ele possuía a responsabilidade de prevenir os danos à saúde provocados pelos riscos ocupacionais.

Podemos citar o exemplo do Dr. Peter Holland (1766-1855) que desempenhou no ano de 1795 as funções de médico da família dos proprietários de uma manufatura na cidade de Quarry Bank e também prestou auxílio na assistência médica de operários e aprendizes da fábrica, desempenhando sua atividade não só na família do empresário, mas também aos funcionários, o que representou uma mudança de comportamento da prática médica até então vigente. A primeira referência ao emprego específico de um médico para uma manufatura data de 1789 também na mesma cidade ⁽²³⁾.

O conceito de que o trabalho para ser seguro e eficiente necessitaria de máquinas e de profissionais mais qualificados para seu manuseio fez com que a indústria adquirisse uma preocupação com a saúde dos seus funcionários, reconhecendo as suas habilidades e a dificuldade em substituí-los. As doenças que geravam morbidade se traduziam em perda de horas de trabalho e conseqüentemente diminuição da produção e do lucro.

As indústrias detentoras de capitais começaram a investir em tecnologia e ciência a fim de diminuir a morbidade e as comorbidades para evitar a queda na produção e conseqüentemente os prejuízos, a responsabilidade pela saúde do trabalhador passou a ser dividida entre o estado e os proprietários das fábricas ⁽²⁴⁾. Os benefícios conseguidos com o estado passaram a ser adquiridos através de suas empresas, desta forma a indústria assumiu um papel importante na preservação da saúde do cidadão trabalhador.

Os hospitais também passaram a desempenhar uma função diferente: deixaram de ser um local de isolamento do indivíduo da sociedade e passaram a ser mais um recurso no auxílio para a preservação da vida e a reabilitação do indivíduo ⁽²⁵⁾.

Os serviços médicos possuíam suas funções bem definidas e deveriam ser “dirigidos por pessoas de inteira confiança do empresário e que se dispusessem a defendê-lo” tinham como principais características⁽²⁶⁾:

- A centralização na figura do médico
- A prevenção dos danos para a saúde resultantes dos riscos do trabalho, tarefa exercida eminentemente pelo médico.
- Qualquer responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde era transferida ao médico.

O processo de assistência ao trabalhador foi se aperfeiçoando com o tempo, o cidadão passou a adquirir o direito a seguros-saúde, estabilidade no emprego nos casos de doença ou invalidez e suporte aos seus familiares no caso de morte.

Este período de mudanças marcantes abriu caminho para a era moderna embasada na tecnologia e no surgimento dos conflitos bioéticos, e, neste contexto a postura do médico começou a ser bastante questionada.

O respeito, o encanto, o carisma e o romantismo do médico foram gradativamente substituídos por um profissional técnico especializado em uma parte do corpo doente e assim aos poucos ele deixou de ser chamada de “nosso médico”, para se tornar uma citação em um livro de referências para especialidades médicas ou uma placa de consultório ou hospital.

Uma enorme quantidade de conhecimentos adquiridos através do tempo impôs ao médico a necessidade de dividir a medicina em especialidades com a finalidade de diminuir a carga de informações e tentar melhorar a sua prática.

Junto com as mudanças da relação entre o médico e seu paciente, um novo papel passa a ser ocupado pelos remédios que na antiguidade possuíam apenas um papel secundário no tratamento do enfermo.

A anamnese praticada pelo médico se torna cada vez mais curta e superficial sendo substituída gradualmente por exames de imagens e dosagens de substâncias no sangue. Durante a sua formação ele passa a optar pela tecnologia em detrimento de uma relação mais pessoal. Uma nova questão em relação ao paciente surge como consequência de tal atitude: o doente deve se contentar apenas com o tratamento da sua dor física, ou precisa de alguém que além de curar o escute e o auxilie neste momento tão delicado?

A medicina atual toma como fundamento, identificar a doença que o indivíduo possui, ao invés de saber quem é o indivíduo enfermo, conseguindo assim uma protocolização do tratamento independente das características e individualidades de cada ser humano.

A massificação do atendimento mudou o papel social do médico, seu foco passou a ser no tratamento da doença que uma vez precisamente diagnosticada, pode ser medicada, tendo como objetivo antagonizá-la e erradicá-la, porém levando cada vez mais ao afastamento da noção de indivíduo.

Neste contexto, o médico começa a se distanciar da sua relação com o paciente e passa a ser visto por ele, como um técnico altamente treinado com a capacidade de prescrever remédios, sem possuir o direito de cometer erros, perdendo o seu status social que era “representar a salvação para os seus males físicos, morais, sociais, familiares ou espirituais”, passando a atuar em uma “fria relação” de prestação de serviços.

4.3 - O médico diante da opinião pública

O ser humano deseja sempre aumentar sua expectativa de vida. Ele é ciente da sua finitude e torce para que cada descoberta científica possa contribuir para aumentar sua longevidade.

Na prática da medicina, o médico não deve focar na doença, mas no doente; e possuir a capacidade de hermenêutica que segundo Hans-George Gadamer ⁽²⁷⁾ seria “a arte de compreender e de tornar compreensível” sendo necessário para tal escutar, compreender e dialogar com o paciente. Quando tal capacidade ocorre, surge uma cumplicidade, um entrosamento que permite a formação de uma relação verdadeira e sincera o que facilita o entendimento entre as partes envolvidas.

Na relação entre o médico e seu paciente existe a presença do drama da condição humana, sempre cercado de muitos sentimentos conflitantes, dilemas sobre a vida e a morte que se tornaram fontes de inspiração para os escritores e são explorados de forma exaustiva pelos meios de comunicação.

A televisão, um dos instrumentos de comunicação mais difundidos na atualidade, utiliza o tema como um “filão de criatividade” dando origem a vários filmes e seriados. Infelizmente nem sempre a ficção segue a risca a realidade o que leva ao surgimento de distorções a respeito do assunto e conseqüentemente interpretações equivocadas.

Um estudo feito pelo *New England Journal of Medicine* procurou comparar o percentual de sucesso nas ressucitações cardiorrespiratórias na ficção e na vida real foi concluído que os pacientes que sobreviveram após uma parada cardiorrespiratória giravam em

torno de 75% na ficção, número muito elevado quando comparado com a vida real, que representava cerca de 15% dos pacientes⁽²⁸⁾.

Esta discrepância entre o real e a ficção confunde as idéias dos pacientes e familiares criando uma expectativa elevada, e, um questionamento quanto à competência do médico em situações onde ocorre o insucesso na tentativa de salvar uma vida.

Diante de uma má notícia a respeito de um ente querido, muitas vezes a primeira reação dos familiares é a negação do fato seguida de um sentimento de revolta e a procura de um culpado para o acontecido, muitas vezes atribuindo a perda a possibilidade de um erro. As atitudes de desconfiança não devem ser creditadas apenas a “impaciência e ignorância” do doente e dos seus familiares, mas também a postura do médico que com o passar do tempo deixou de ser uma figura detentora de poder e do respeito.

O profissional que exercia a cura (barbeiro, curandeiro, bruxo e posteriormente o médico), inicialmente era comparado a uma divindade, que possuía poderes mágicos ou que através de seus rituais e feitiçarias curava e aliviava a dor dos doentes, esta figura foi substituída durante a história por um profissional técnico, que se utiliza da tecnologia e de seus conhecimentos para entender a fisiopatologia das doenças e determinar o seu melhor tratamento. Infelizmente esta conduta afastou o médico da busca pela compreensão do paciente enfermo como um todo excluindo da sua avaliação aspectos emocionais, sociais e econômicos.

A medicina familiar foi lentamente substituída por uma medicina científica baseada em tecnologia e evidências com uma relação médico paciente cada vez mais distante⁽²⁹⁾. A imagem paternal foi trocada pela do especialista que se baseia em exames de imagem e laboratoriais, muitas vezes de forma desnecessária, como uma forma de se defender de suas deficiências e dos questionamentos levantados sobre suas condutas.

Os pacientes se tornaram cada vez mais questionadores diante da frieza e impessoalidade destes profissionais. Eles são estimulados a buscar respostas para suas perguntas e seus medos através de informações contidas nos meios de comunicação, na maioria das vezes sem uma orientação correta. A relação médico-paciente descrita por Porthes como um "diálogo entre a ciência e a consciência" vem se torna cada vez mais distante⁽³⁰⁾.

Na suspeita de um erro médico, motivado pela forma que a questão é tratada nos meios de comunicação e pelas informações na sua maioria quantitativas e pouco qualitativas, os pacientes e seus familiares são induzidos e estimulados a acreditar na ocorrência de uma falha humana, exigindo em contra partida alguma forma de reparação ou punição exemplar. Muitas vezes este tipo de atitude é feita sem nenhum tipo de prova concreta a respeito da

situação apenas motivada pela falta de empatia adquirida em uma relação fria de prestação de serviços, porém apesar de inocente o profissional na maioria das vezes arca com prejuízos seja no aspecto financeiro, psicológico ou profissional^(31 32,33).

No Brasil, em um sistema de saúde composto pela medicina pública, pelas companhias seguradoras e pelos planos de saúde, os pacientes estão se tornando cada vez mais angustiados e questionadores quanto aos seus direitos. Eles e seus familiares vêm no poder judiciário a solução para os conflitos relacionados à saúde e trata a relação médico paciente como uma relação de consumo totalmente massificada sem levar em consideração os vários aspectos que envolvem a questão.

Um dos maiores exemplos desta “tendência” brasileira ocorre na cidade de São Paulo, importante cidade brasileira, onde foi criada uma sociedade chamada “SOS Erro Médico” com o objetivo de impetrar mandatos judiciais e disponibilizar assistência jurídica a pessoas de baixa renda que se sintam prejudicados pelos serviços médicos prestados. A assistência a possível vítima é totalmente gratuita. A presença de uma sociedade com estes fins assume uma importância ímpar no país já que não existe nenhuma outra sociedade que atue protegendo pessoas que se sintam prejudicados pelo resultado da prestação de seus serviços, a exceção do Ministério Público.

Infelizmente os processos envolvendo os profissionais de saúde estão se tornando cada vez mais frequentes, fazendo com que exerçam suas atividades amedrontados, vigiados de perto pela imprensa sensacionalista.

A quebra da relação entre o médico e o paciente é a principal causa dos processos no Brasil sob a alegação de erro, porém se ela for conduzida de forma adequada ela se torna uma importante aliada na defesa do médico contra uma possível suspeita de falha no atendimento. Este cenário alarmante contribui para a institucionalização do erro e estimula a indústria indenizatória que recebe apoio dos meios de comunicação na maioria das vezes atuando de forma tendenciosa e sensacionalista⁽³⁴⁾.

4.4 - O Estado da Arte da profissão médica no Brasil

O sistema de saúde brasileiro apresenta como marco divisor de sua história a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Antes da sua criação a prática da medicina era baseada no liberalismo, o médico possuía total controle de suas ações, dependendo apenas da sua capacidade para exercer sua profissão. Ele fazia uso principalmente das suas habilidades e da sensibilidade que possuía.

Antes da vinda da corte portuguesa para o Brasil, a medicina como era praticada não podia ser considerada uma ciência porque sofria influência direta das várias manifestações religiosas presentes na época.

Lycurgo Santos Filho ⁽³⁵⁾ em sua obra intitulada História geral da medicina brasileira dividiu a medicina nesta primeira parte em três grandes períodos:

- Fase pré-científica que englobava o período do início da colonização até a chegada da corte portuguesa ao Brasil. Neste período a medicina era qualificada como uma “Arte curativa” da qual participavam curiosos, feiticeiros e físicos. Ela assumia aspectos indígenas, afro brasileiros, ibéricos, etc. afastando-a de ser conhecida como uma ciência predominava a influência religiosa que associava a doença como o resultado de uma punição gerada a partir de um pecado.

Apesar do abandono em que se encontrava a Colônia, a Coroa e a igreja interferiam influenciando no exercício da medicina são citadas como exemplo as Ordenações Manuelinas e as Constituições do Arcebispado da Bahia que atuavam através da repressão das práticas mágicas curativas tachadas de feitiçaria.

A influência da coroa se dava principalmente sobre os medicamentos, raros e que chegavam muitas vezes estragados pela longa viagem, tal fato é descrito claramente nas Ordenações Filipinas, no seu livro V, Título LXXXIX.

Em 1521 a Coroa na tentativa de ampliar seu poder cria como instrumento de “controle da arte curativa”: os cargos de Físico-mor e Cirurgião-mor cujas funções eram de fiscalizar e legitimar através de leis a prática da medicina.

Em 1744 é realizada pela coroa a elaboração dos regimentos das profissões que objetivavam a disciplina da cura nas terras da Colônia.

O controle se acentuou em 1782 quando D. Maria I cria a Junta de Protomedicato que era uma espécie de conselho ou tribunal formado por sete deputados que possuíam a função burocrática e administrativa de normatizar e legalizar as práticas médicas.,ela centralizava os poderes pertencentes até então ao Físico-mor e ao Cirurgião-mor.

As questões que envolviam o exercício ilegal da medicina eram resolvidas pelo Cirurgião-mor ou Físico-mor e posteriormente pela Junta de Protomedicato, porém se existisse alguma suspeita de feitiçaria ou superstição competia a igreja julgar o seu mérito.

- Fase de transição: Representa na história brasileira o período entre a chegada de D. João ao Brasil em 1808 e prosseguiu até a proclamação da República em 1889.

Neste período foi criada a sociedade de medicina e cirurgia em 1830 e o primeiro hospital de doentes mentais no Rio de Janeiro em 1841 além das escolas de medicina em

Salvador e no Rio de Janeiro e a Escola Tropicalista Bahiana em 1866. É o período de transição entre a medicina pré moderna e a moderna, possuía forte influência da medicina francesa a ponto do médico particular de D Pedro II ser um francês: o Dr. Sigaud.

Em 1809 a junta de protomedicato foi extinta, ficando restabelecido o poder do Cirurgião-mor e Físico-mor por D. João VI permanecendo assim até 1828. A medicina recebia forte influência do conhecimento “popular” aceitando praticas como a fitoterapia que possuía grande influência indígena ^(35,36). Os alicerces para a elaboração do modelo sanitaria estavam por vir, alavancados pelas várias epidemias que assolariam o Brasil como a cólera, a febre amarela e a varíola.

- Fase positivista: Representa o surgimento da medicina brasileira como ciência, possuiu como grande influência o positivismo de Augusto Comte ⁽³⁷⁾ e se estendeu até os dias de hoje.

Este período foi definido por Foucault como: “época que marca a soberania do olhar, visto que no mesmo campo perceptivo, seguindo as mesmas continuidades ou as mesmas falhas, a experiência lê de uma só vez, as lesões visíveis do organismo e a coerência das formas patológicas ⁽³⁸⁾”. Ocorre a oficialização do saber médico, cabendo tal função apenas aos que possuíam diploma oficial em medicina, não sendo mais permitidas práticas alternativas taxadas de curandeirismo.

A medicina individual “arcaica” é substituída pela social com o intuito de formar o cidadão tanto na parte física como moral, o paciente passa a ser visto como um objeto a ser formado, não possuindo autonomia ou participação sobre as decisões médicas. A relação entre a medicina e o poder estatal é cada vez mais estreita buscando controlar o indivíduo através dos conhecimentos técnicos e do poder político.

As grandes epidemias agravadas pelos movimentos migratórios e de urbanização no Brasil fizeram com que houvesse a necessidade de criar um modelo de combate as epidemias. Ele se baseava em dois poderosos pilares: o modelo campanhista policial e o projeto técnico-assistencial de combate aos microorganismos baseado na teoria do contágio e a da transmissão.

Pela teoria do contágio, os agentes infecciosos se transmitiam de um corpo para outro, possuía como solução a desinfecção e ou destruição dos objetos pessoais, a vacinação e principalmente o isolamento dos enfermos nos hospitais. O impacto desta teoria pode ser avaliado pelas palavras de Telarolli Júnior que classificou as unidades hospitalares da época como “antecâmaras da morte” devido as suas taxas de mortalidade elevadíssimas. As noções de higiene ainda se encontravam em formação na época ⁽³⁹⁾.

A teoria da transmissão ou infecção se baseava no fato da disseminação das doenças se darem através da água e do solo. Como efeito desta teoria, os cemitérios começaram a ser construídos longe das cidades populosas ao contrario do que era feito anteriormente.

No modelo de combate as epidemias a população não possuía direitos sobre seu tratamento, seus bens podiam ser confiscados e destruídos, o cidadão podia ser condenado ao exílio longe de sua família em unidades hospitalares que possuíam como objetivo apenas o seu isolamento da sociedade e a estigmatização^(38, 39,40).

Em 10 de janeiro de 1835 surge no Brasil a “previdência privada”, o MONGERAL - Montepio Geral de Economia dos Servidores do Estado - proposto pelo Ministro da Justiça, na época o Barão de Sepetiba, seu objetivo era fornecer para a população, planos com características até o momento inexistentes como a facultatividade e o mutualismo⁽⁴¹⁾.

Em 1922 ocorre uma importante mudança no cenário da saúde brasileira com o aparecimento do médico especialista que altera radicalmente o foco em relação ao doente.

No congresso Nacional dos práticos realizado no mesmo ano, os médicos passaram a ser divididos em três subgrupos conforme a sua forma de atuação:

- O generalista que privilegiava valores próprios. Ele era considerado um profissional de conhecimento abrangente a respeito do funcionamento do corpo humano em seus estados de doença e saúde, cultivava uma relação médico-paciente baseada na intimidade, na confiança e na obediência do paciente e possuía influência direta sobre seus hábitos cotidianos. Este profissional determinava de forma exclusiva, como, quando e quanto custaria o tratamento sem sofrer a influência de nenhum tipo de regulação. Existia uma relação totalmente individualizada e direta entre ele e o seu paciente.

Os médicos da época que se enquadravam neste perfil tentaram interferir junto ao estado no julgamento das questões que abordavam os limites da gratuidade no que diz respeito ao atendimento nosocomial na tentativa de desestimular as clientelas de alto poder aquisitivo a procurar atendimento em estabelecimentos públicos.

- O especialista norteado pela racionalidade científica que se baseava no treinamento metódico e sistemático e tinha como ferramentas a observação e a experimentação. A sua atividade necessitava ser desenvolvida em equipes formadas por profissionais que possuíam conhecimentos específicos sobre determinadas áreas do corpo humano.
- O higienicista que através da racionalidade científica possuíam seu foco voltado para a prevenção e educação. Ele era voltado para os hábitos relacionados à higiene e ao diagnóstico, profilaxia e tratamento das moléstias infecciosas, seu diferencial em

relação aos outros subgrupos era possuir uma visão voltada para a coletividade e suas práticas focavam na educação higiênica e na prevenção das doenças que envolvessem a coletividade.

O generalista e o especialista orientavam suas atividades para o paciente enquanto que o higienicista acreditava que a cura e o bem estar do cidadão deveriam ser um bem maior dirigido a pátria e a humanidade.

A “notificação compulsória” das doenças era um dever do médico, independente da vontade do profissional estando sujeito a sanções, multas e até da suspensão do direito de atuar caso não a fizesse, havia uma grande resistência em notificar por parte dos médicos generalistas e especialistas uma vez que eles dependiam dos pacientes para seu sustento e corriam o risco de perder sua clientela se obedecesse à obrigação de notificar ⁽⁴²⁾.

No ano de 1923 o decreto nº 4.682(24/01/1923) - Lei Elói Chaves determinou a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões que tinham como estrutura básica um colegiado de caráter paritário (empregador e empregado) cujo poder deliberativo não possuía um representante do estado. Este modelo gerava uma influência pacificadora nos meios trabalhistas através da indução da disciplina e da dedicação dos empregados as suas obrigações em troca de garantias “social-trabalhistas” ⁽⁴³⁾.

Na década de 30 ocorre a reformulação do sistema Previdenciário e a criação do Ministério do trabalho, Indústria e Comércio representando uma nova forma de regulamentação da relação capital-trabalho.

O cidadão é reconhecido como aquele que possui ocupação, ocorre à unificação das caixas de Aposentadorias e Pensões que passam a ser absorvidas pelos institutos de aposentadorias e pensões de caráter nacional, sofrendo influência direta do estado em sua administração.

A direção deste órgão passa a ser feita por um funcionário do executivo assessorado por um colegiado paritário, sem a presença poder deliberativo. Os representantes dos trabalhadores eram escolhidos a partir das indicações dos sindicatos reconhecidos pelo estado e aprovados pelo ministério do trabalho, indústria e comércio.

O estado adota o regime de capitalização sem qualquer tipo de interferência dos trabalhadores possuindo como objetivo drenar os recursos dos institutos. As receitas obtidas através da contribuição dos trabalhadores descontados a partir da sua folha salarial serviam para incrementar o processo de industrialização e investimentos patrimoniais no Brasil. O modelo possuía serviços e benefícios diferenciados conforme a categoria, funcionamento e contribuição do trabalhador.

Foram criados neste período os Institutos de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAPM) em 1933, dos Comerciais (IAPC) em 1934, dos Bancários (IAPB) em 1934, dos Industriários (IAPI) em 1936 e o dos empregados de Transporte e Carga (IAPETEC) em 1938⁽⁴¹⁾.

Nas décadas de 40 e 50 ocorre à centralização da direção de todos os institutos, o modelo de saúde se mostra burocrático e ineficiente fugindo cada vez mais dos objetivos do seguro social, como consequência ocorre à ausência do controle sobre estes.

Na década de 60 foi aprovada a Lei orgânica da previdência social que uniformiza os benefícios prestados pelos institutos referentes às aposentadorias e pensões, a assistência médica individual passa a ser assumida como responsabilidade da previdência social, porém a participação do trabalhador na gerência dos institutos ainda permanece reduzida^(41,44).

Em 1966 foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) que prevê a extinção dos institutos de Aposentadoria e Pensões, ocorre um aprofundamento do perfil assistencialista com a previdência passando a responder pelos seguros de acidentes de trabalho, responsabilidade antes apenas ao setor privado.

As décadas de 70 e 80 são anos conturbados socialmente no Brasil que é governado por um regime militar. Nesta época foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social em 1974, além do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS).

No ano de 1979 é divulgado o “rombo” financeiro da previdência pela secretaria de planejamento, como consequência é criado o Fundo de Apoio ao desenvolvimento Social (FAZ) e o Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL) com o objetivo de aumentar a alíquota de contribuição dos empregadores e dos empregados.

O perfil do modelo assistencial Brasileiro no período é caracterizado como:

- Altamente centralizado, cabendo ao governo federal a elaboração das diretrizes e prioridades diante das reais necessidades de saúde da população. Os estados e municípios possuíam pouca autonomia.
- Extremamente privatizado chegando a ter 70% dos serviços da assistência médicos individuais atribuídos ao setor privado custeado pelo governo com os recursos gerados a partir da Previdência social.
- Antagônico em relação às necessidades da saúde brasileira.

- Dividido em dois grupos: os serviços de atendimento médico privado (mais rentável e com maior lucro) e o público (mais oneroso, de caráter coletivo e de maior complexidade).
- Há um caráter discriminatório e injusto, ocorrendo seletividade no tipo de clientela seja pela qualidade e ou especificidade do atendimento realizado.
- Com distorções relacionadas à forma de financiamento

O ministério da previdência Social passa a se responsabilizar pelas ações de assistência médico-hospitalares voltadas a cura do indivíduo e apresenta um foco bastante individualizado, tarefa antes de responsabilidade do Ministério da Saúde que determinava as ações públicas relacionadas ao caráter preventivo e coletivo como o combate as endemias e os programas de vacinação.

No período do regime militar a população brasileira podia ser dividida em dois grandes grupos: os previdenciários e os não previdenciários.

Os previdenciários contribuía para a previdência social e possuíam uma ampla estrutura de saúde composta por uma rede de serviços ambulatoriais e hospitalares criadas através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

As que não eram previdenciários restavam alguns poucos hospitais públicos e de atividades filantrópicas de determinadas entidades assistenciais. Apenas a população com poder econômico era capaz de pagar os serviços de saúde.

O Sistema de saúde era voltado à assistência médica curativa, com significativa expansão da rede privada. É um período que coincide com grande incorporação tecnológica principalmente na área médica.

O serviço privado se desenvolvia sendo remunerado conforme os procedimentos realizados, a rede pública era caracterizada por hospitais lotados, pouco funcionais, e centralizados apenas em grandes centros populacionais possuindo baixo poder de resolução (39, 44, 45, 46, 47, 48, 49).

Entre os anos 80 e 90 ocorreu uma radical mudança do sistema de saúde brasileiro tendo como objetivo o resgate da credibilidade da máquina previdenciária e a efetivação de um melhor controle da gestão pública sobre a seguridade social.

A nova Constituição brasileira em 1988 representou um marco na mudança no sistema de proteção social através de seus princípios de:

- Universalidade do direito aos benefícios previdenciários a todos os cidadãos.
- Equidade ao acesso e na forma de participação no custeio.

- Uniformidade e Equivalência dos benefícios e serviços.
- Irredutibilidade do valor dos benefícios.
- Diversidade da base de financiamento.

Ocorre a descentralização da gestão administrativa tendo como diferencial a participação da comunidade, acontecendo o repasse e a delegação de poder do nível central para a formulação da política de saúde nos níveis estadual e municipal, sempre obedecendo às diretrizes pré-estabelecidas através da incorporação das ações do Ministério da Saúde. A capacitação técnica na utilização racional dos recursos pelos municípios e estados é apoiada conforme o perfil das necessidades de saúde da população com o intuito de respeitá-la.

As medidas tomadas possuíam como objetivo um melhor controle público orçamentário e o reconhecimento dos conselhos Nacional, Estaduais, e Municipais de saúde assim como as CONASS (coordenações estaduais) e as CONASEMS (Coordenações Municipais). É restaurada a participação dos empregados e empregadores nos órgãos decisórios deixando de existir um caráter apenas consultivo passando a ter uma atuação deliberativa.

O Ministério da Saúde organiza parcerias com os Estados e Municípios que colaboram no surgimento de uma estrutura de recursos humanos capaz de cumprir as novas tarefas e executar as pesquisas requeridas pelas diretrizes do SUS.

Os Ministérios do trabalho e Saúde passam a exercer uma rigorosa fiscalização sobre os eventos relacionados a acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

O novo sistema de saúde brasileiro passa a ter como base assegurar indiscriminadamente, serviços e ações de saúde possuindo como princípios a equidade de forma progressiva e adequada. A rede pública assume um perfil regionalizado, hierarquizado e descentralizado, com direção única em cada esfera governamental e sob o controle de seus usuários. Os serviços particulares conveniados ou contratados passam a desempenhar um papel complementar tendo como compromisso seguir as diretrizes traçadas pelo SUS. Como resultado final surge um conjunto de unidades, serviços e ações cuja interação objetiva à promoção, proteção e recuperação da saúde ^(50, 51, 52, 53, 54, 55, 56).

Em 1997 foi aprovada a primeira versão da lei sobre a regulação dos planos de saúde no Brasil, o seu aperfeiçoamento originou a lei 9.656/98 e a Medida Provisória 1.665/98, até hoje considerados como ponto inicial na Regulação da Assistência Suplementar a saúde seu principal objetivo é evitar que o setor permanecesse operando sem regras por mais tempo.

No ano 2000 através da lei 9961/00 foi criado a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com poder de atuação, autonomia política, e financeira conseguida

através da arrecadação própria, decisões da diretoria colegiada e contratos de gestão. Ela possui até os dias de hoje o poder legal para a efetivação de suas resoluções de forma a complementar a legislação setorial

A ANS possui como missão: “Promover a defesa do interesse público na assistência à saúde, regular as operadoras setoriais inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país” ⁽⁵⁷⁾. Sua criação tem como finalidade atuar sobre uma atividade privada essencial (saúde) que nunca tinha sido regulada antes, cabendo a esta a elaboração e execução de regras para a operação uniforme dos planos além de exigir a existência de uma reserva financeira (garantia), ficando assim às operadoras e planos de saúde sujeitos a liquidação e intervenções.

O Poder Executivo Federal passa a ter a responsabilidade pela regulação da atividade econômica das Operadoras e da assistência à saúde por elas prestada e o dever de fiscalização do cumprimento das normas vigentes.

A partir da sua criação ficou determinada a necessidade da autorização da Agência Nacional de Saúde (ANS) para a obtenção de registros provisórios de funcionamento. Desta forma ocorre o controle do órgão sobre os planos de saúde oferecidos e comercializados garantindo assim a estabilidade do mercado e dos direitos dos beneficiários. Foram criados mecanismos com o intuito de impedir que os planos e seguros de saúde recorressem à concordata e que seus credores pedissem falência conforme seus interesses próprios.

Apenas a Agência Nacional de Saúde possui o poder de pedir a liquidação da operadora, garantindo os direitos dos consumidores sempre que é verificada alguma grave irregularidade que coloque em risco o atendimento à saúde do contratante do plano.

A instituição da obrigatoriedade de informação fez com que o órgão recebesse as informações necessárias para analisar os planos de saúde vigentes e acompanhar a evolução dos custos com a saúde. Este tipo de controle tem como objetivo determinar ou não a necessidade da correção do valor das mensalidades dos planos de saúde individuais.

Todos os planos de assistência a saúde devem possuir de forma explícita a cobertura assistencial oferecida seja coletiva ou individual conforme consta na lei 9.656/98.

A cobertura assistencial conforme a legislação brasileira vigente é dividida em:

- A cobertura integral do Plano Referência.
- A cobertura integral por segmento (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia ou odontológico).

Não existindo nenhum impedimento legal que impeça a comercialização de planos com coberturas e características superiores às do Plano Referência.

Na cobertura assistencial é o caráter geográfico que deve ser especificado no contrato podendo possuir abrangência municipal, de um conjunto de municípios, cobertura estadual, de um conjunto de estados ou todo o país^(58, 59, 60, 61, 62, 63, 64,65).

Segundo relatório da OPAS/OMS de 1998 o Brasil possui uma importante desigualdade social sendo a renda média dos 10% da população mais rica 30 vezes maior que a dos 40% mais pobres.

Os 50% mais pobres entre as décadas de 60 a 90 tiveram uma redução da sua participação na renda nacional de 18% para 12% em contrapartida 20% dos mais ricos elevaram esta participação de 54% para 65% no mesmo período. Os dados acima refletem nitidamente a desigualdade de distribuição de rendas no Brasil⁽⁵¹⁾.

A cobertura de saúde dos planos e seguros privados alcançou em 1995 a taxa de 20% da população brasileira, aproximadamente 34 milhões de usuários, representando um investimento de aproximadamente 64 bilhões de dólares.

O setor de saúde complementar conta na atualidade com mais de 2000 empresas operadoras de saúde possuindo milhares de médicos, dentistas e outros profissionais que atuam direta ou indiretamente sobre seus clientes além de hospitais, laboratórios e clínicas própria ou conveniada^(65, 66, 67, 68, 69). O número estimado de consumidores que recebem os serviços das prestadoras de saúde sob a forma de consultas, internações e exames é de aproximadamente de 37 milhões no Brasil.

O segmento público (SUS) é responsável pela cobertura relacionada à saúde de cerca de 75% dos brasileiros cabendo os 25% restantes ao segmento privado⁽⁶⁵⁾. Além da função assistencial a população, ele possui a responsabilidade de definir políticas de saúde relacionadas à saúde do pré escolar, da criança em idade escolar, do adolescente, da população adulta, do idoso, do trabalhador, dos portadores de necessidades especiais, das populações vulneráveis em situações de risco e das populações indígenas.

A situação atual estimula o surgimento de uma série de movimentos com a justificativa de zelar pelos direitos do paciente incentivando a prática pela busca dos seus direitos através da intervenção da justiça se baseando no conceito de reparação a partir de um dano. Como resultado final surge a “medicalização da justiça” cujos temas como o segredo médico que antes eram considerados deveres relacionados à profissão citados no juramento hipocrático passam a ser encarados como direitos do cidadão misturando assim o direito geral e penal com a ciência médica^(69, 70).

O mercado de saúde privado no Brasil se divide em quatro grandes categorias cada uma possuindo um percentual de representatividade:

- Medicina de grupo representando cerca de 47% dos serviços privados em medicina.
- Cooperativas médicas com uma representatividade de 25%.
- Planos de Saúde de empresas ocupando cerca de 20%.
- Seguro-saúde com uma faixa de 8%.

Este setor sofre cada vez mais ação da agência reguladora de Saúde (ANS), que objetiva um melhor atendimento ao usuário, reivindicando uma cobertura mais ampla de doenças e exercendo controle sobre o mercado.

Um grande esforço tem sido realizado no sentido de diminuir a burocracia, a inadimplência, por parte do estado e seus prestadores e o clientelismo existente no país. As dificuldades nos atendimentos aos clientes, o rodízio de poder, o desperdício de recursos, a péssima remuneração aos profissionais de saúde, a ausência de uma política de capacitação, levaram a escassez de pessoal qualificado, a desmotivação e conseqüentemente a baixa produtividade.

A privatização dos serviços de saúde não garante a sua melhoria já que o avanço tecnológico não é acompanhado pela melhoria da relação entre o médico e o paciente. A retração dos gastos em saúde e o sucateamento do serviço público contribuem para sobrecarregar a medicina privada levando ao aumento da frequência de conflitos entre o prestador de serviços e o usuário.

As modificações que ocorreram no sistema de saúde público com o passar das décadas levaram à institucionalização do paciente e ao abandono dos antigos costumes, culminando na insatisfação do cliente-paciente, que vem se manifestando cada vez com maior frequência sob a forma da “judicialização da medicina”. Este fenômeno é novamente comentado por constituir, na minha óptica, interrogação fundamental acerca do estado atual da medicina no Brasil e mundial.

Um fato curioso é observado atualmente na medicina brasileira é existência cada vez maior de pacientes que procuram o médico através de um nome em um catálogo de convênios ou de planos de saúde. O profissional deixou de possuir identidade e passou a ser conhecido como “o médico do plano de saúde” do qual ele faz parte ou do hospital no qual ele desempenha sua atividade profissional.

A ausência do vínculo fraternal entre eles e a desconfiança torna a relação cada vez mais superficial estimulando uma perigosa busca ao erro médico⁽³³⁾.

4.5- A gênese do erro médico e do evento adverso na medicina

Estudos realizados em países desenvolvidos verificaram que cerca de um a cada seis pacientes internados em hospitais podem sofrer algum tipo de falha que possa interferir diretamente ou indiretamente o resultado de seu tratamento^(71,72).

Erro do latim *errare* significa desvio ou deriva afastamento daquilo que o autor pretendia.

Na Medicina a definição de erro leva em consideração a obrigação do cuidado que é aplicado ao paciente. Desta forma podemos dizer que o erro na medicina seria o resultado final de uma falha em atingir uma ação planejada ou o uso de uma estratégia errada com o intuito de atingir um objetivo^(73,74).

James Reason alega que o conceito de erro envolve necessariamente uma falha não intencional durante a realização de uma sequência de atividades físicas ou mentais que foram previamente planejadas, mas que não obtiveram o resultado desejado sem nenhuma relação com o acaso⁽⁷⁵⁾.

Quando ocorre a suspeita de um erro devemos nos certificar da existência dos seguintes pré requisitos: existência de um plano prévio, não intencionalidade do cumprimento deste plano, a existência de um desvio das ações previstas evitando que seja alcançado o objetivo desejado sendo fundamental a identificação da sua causa.

Conforme suas características surgiram várias classificações de erros:

- Erros de comissão que são resultantes de algum tipo de ação
- Erros de omissão que possuem como causa a omissão de uma ação prevista
- Erros honestos gerados a partir da natureza humana
- Erros desonestos que surgem a partir da imprudência
- Erros de habilidade que são associados à existência de lapsos ou falhas
- Erros por aplicação de regras (falha na identificação do problema).
- Erros de deliberação que ocorre apesar de uma resposta analisada ou da elaboração de uma estratégia, mas que os resultados não foram os desejados.

Os dois últimos itens possuem a ocorrência de enganos como mecanismos desencadeantes.

Para Charles Vincent, os fatores intimamente relacionados aos erros, podem ser agrupados dentro dos seguintes elementos⁽⁷⁶⁾.

- Fatores humanos (*skills*):

- Individuais (*technical*)
- De equipe (*non technical*)
- Fatores do sistema (organização)
- Fatores relacionados à tarefa:
 - A complexidade, dificuldade que tarefa exige
 - O inesperado
 - As pressões que ocorrem no momento
 - Fatores ambientais (condições locais):
 - O acaso (aleatório)

O termo *evento adverso* significa um efeito não desejado originado a partir de um tratamento de saúde ou da sua falta. Ele pode ser definido como uma lesão ou lesão não intencional que resultou em incapacidade, disfunção temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência podendo ocorrer até a morte como consequência dos cuidados prestados ⁽⁷⁷⁾. Além de erros provocados pela falha do médico (imperícia, imprudência ou negligência), ele engloba situações geradas a partir de problemas de infraestrutura, gestão hospitalar, falhas na gestão de risco e os erros cometidos por outros profissionais que atuam diretamente ou não com o paciente. Aproximadamente 50% a 60% dos eventos adversos são considerados passíveis de prevenção, suas consequências podem levar desde a incapacidade permanente até ao óbito.

Os eventos adversos em hospitais, nos quais se enquadra também os erros médico, constitui um grande problema de âmbito mundial a ponto da Organização Mundial da Saúde (OMS) criar em 2004 o programa *World Alliance for Patient Safety*, com o objetivo de desenvolver políticas de segurança para o paciente ⁽⁷⁸⁾.

Na Europa 8% a 12% dos pacientes internados em hospitais sofrem das consequências geradas por algum tipo de falha relacionada ao tratamento que receberam.

Nos países em desenvolvimento a probabilidade dos pacientes terem seu tratamento prejudicado nos hospitais é muito maior se comparada aos países desenvolvidos ⁽⁷⁷⁾.

O surgimento cada vez maior de falhas durante a assistência ao doente precipitou a necessidade da criação de medidas com o objetivo de prever ameaças reais ou potenciais envolvendo questões como os acidentes durante o tratamento, a má prática da medicina, os aspectos financeiros e outros ⁽⁷⁸⁾. O desconhecimento dos mecanismos que resultaram no dano e das suas circunstâncias fez com que a maioria das falhas de condução do tratamento do paciente fosse creditada ao médico e sua equipe originando assim o termo “erro médico”.

O evento adverso representa um dos maiores desafios para as instituições que buscam a qualidade na área da saúde: a sua presença reflete o distanciamento entre o cuidado ideal a ser oferecido ao paciente e o cuidado que realmente é prestado⁽⁷⁹⁾.

Nos Estados Unidos há uma estimativa de que ocorra aproximadamente 1.000.000 de eventos adversos/ano evitáveis e que estes possuem influência sobre a morte de 98.000 pessoas podendo chegar a um custo de quase US\$ 30 bilhões anuais^(80, 81, 82, 83, 84).

A presença de fatores relacionados ao paciente, a instituição hospitalar e aos profissionais envolvidos nos tratamentos predispõe a ocorrência dos eventos, podemos citar como os mais relevantes a idade dos pacientes, a sua gravidade, a existência de outras doenças associadas, o tempo e grau de complexidade do tratamento, o número de pessoas envolvidas no tratamento, a inexperiência e formação inadequada dos profissionais envolvidos, o excesso de trabalho, as falhas na comunicação entre os profissionais, as falhas de interpretação e manuseio das tecnologias, as situações de urgência e as condições técnicas e estruturais das unidades hospitalares.

Dentre as medidas que objetiva evitar os eventos adversos, a criação de uma classificação universal se faz necessária com intuito de uniformizar os dados de segurança a respeito do paciente. A uniformidade de informações facilita uma melhor análise dos riscos, perigos e eventos que interferem na segurança do paciente e ajuda a formular medidas corretivas a curto, médio e longo prazo.

Esforços principalmente por parte da OMS (Organização Mundial da Saúde) e da WAPS (*The World Alliance for Patient Safety*), através do ICPS (*The International Classification for Patient Safety*) e do *The SIMPATIE Project (European Vocabulary on Patient Safety)*, são importantes na tentativa de criar uma padronização dos dados relacionados à segurança do paciente^(78, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92).

A interpretação da ocorrência de um evento adverso deve ser vista como um sinal de alerta para as organizações de saúde no que diz respeito aos cuidados e a atenção à saúde de seus pacientes, sua análise é uma oportunidade imperdível para o aperfeiçoamento dos processos que envolvem a segurança dos pacientes e da elaboração de ações para a condução destes quando inevitáveis.

A adoção de medidas punitivas, frequente na área médica, tem como principal resultado o medo e desconfiança entre os profissionais e pouco contribui para a prevenção dos eventos, ela induz à ocultação das falhas cometidas como solução para o problema.

Ao abordar o tema sobre o erro médico, não se pode negligenciar o fato de que a medicina é uma profissão cujo exercício, por suas características próprias, possui um risco elevado e

que está sujeita a dificuldades e fatalidades nem sempre previsíveis e contornáveis. O termo erro médico estimula o sensacionalismo da imprensa que procura polemizar ainda mais os fatos e aguçar a desconfiança do paciente e de seus familiares.

Erros não trazem benefícios para nenhuma das partes envolvidas pelo contrário afeta de forma drástica a ambas sempre trazendo algum tipo de prejuízo direto ou indireto que às vezes pode ser irreparável^(72, 76, 77, 81, 82, 93, 94, 95, 96).

4.6 - Confiabilidade na Relação médico paciente

A relação entre o médico e seu paciente é baseada na tradição hipocrática que prioriza o bem estar do paciente, independente de sua crítica ou vontade, no entanto com o tempo ela vem se alterando fazendo com que o profissional adquira uma postura diferente.

As transformações da sociedade impuseram ao médico um novo desafio: conseguir agregar a doutrina que aprendeu aos desejos dos pacientes e seus familiares, respeitando o regime jurídico em vigência, sempre procurando manter o foco na obtenção de uma relação custo efetiva satisfatória.

Em 1972 o Professor Robert Veatch, do Instituto Kennedy de Ética da Universidade de Georgetown, EUA, propôs uma classificação de quatro modelos de relações existentes que ocorriam entre o médico e o paciente, ele os chamou de sacerdotal, engenheiro, colegial e contratualista^(2, 97).

O modelo sacerdotal se baseia nos ensinamentos Hipocráticos, nele o médico assume uma postura de pai (autoritária) em relação ao seu paciente. A decisão sobre o tratamento não leva em conta os anseios, desejos e crenças do paciente (submissão) apenas o princípio da Beneficência é considerado. Ele exerce todo o seu poder na relação (dominação), na tomada de decisão é sua a palavra final que vale, ocorre um baixo envolvimento por parte do paciente nas ações sobre o seu corpo.

No modelo engenheiro ocorre uma inversão dos papéis em relação ao sacerdotal. O poder de decisão é conferido totalmente ao paciente, nele o médico repassa as informações e executa as suas ordens. É um modelo de tomada de decisão de baixo envolvimento do médico que mantém a sua autoridade, mas adota uma atitude de acomodação. O poder é exercido pelo paciente sob a forma de dominação ou imposição de sua vontade. A relação é vista apenas como de prestação de serviços sendo o paciente o cliente e o médico o prestador.

No modelo Colegial não existe uma diferenciação dos papéis, ocorre um alto envolvimento de ambas as partes na tomada de decisões sendo o poder compartilhado por

ambos de forma igual. Este modelo apresenta o revés da perda do significado da relação médico paciente, o médico não usa sua autoridade e representa uma simples relação entre indivíduos iguais.

No modelo contratualista cabe ao médico a tomada das decisões que envolvem aspectos técnicos. Ele usa o seu conhecimento e habilidade específica para exercer a sua autoridade, o paciente também participa do processo de forma ativa, são levados em consideração os valores pessoais, morais e o seu estilo de vida. Envolve uma grande troca de informações por ambas as partes ocorrendo um alto ou médio envolvimento conforme o compromisso firmado entre as partes envolvidas.

Este modelo parece se adequar melhor na relação médico paciente uma vez que reconhece a autoridade do médico como detentor do conhecimento científico e das técnicas específicas e leva em consideração a necessidade da relação de confiança entre ele e o paciente através da comunicação e da troca de informações sobre a doença, seu tratamento e suas complicações. Substituiu com o tempo o modelo sacerdotal

No ano de 1992, Ezequiel Emanuel e Linda Emanuel⁽⁹⁸⁾ propuseram algumas modificações na classificação de Veatch. Eles substituíram o nome do modelo sacerdotal por paternalístico e o modelo engenheiro passou a se chamar informativo.

O modelo contratualista foi dividido em dois outros conforme o grau de envolvimento da relação e a autonomia do paciente sendo o modelo interpretativo aquele que havia um médio envolvimento e o modelo deliberativo o que detinha um alto envolvimento.

Um quinto modelo chegou a ser comentado por parte dos autores que o chamaram de modelo instrumental, nele o médico utilizava o paciente como uma ferramenta para alcançar outros interesses⁽⁹⁸⁾.

O paciente de um comportamento passivo vem assumindo gradativamente o controle no gerenciamento de sua saúde, promovendo mudanças nas pesquisas, criando estudos científicos, passando a dividir o papel de gerador de conhecimento sobre as enfermidades, esta nova postura recebeu a denominação de "pacientes com poder" ou "*empowered patient*"^(99, 100, 101). Surge um novo tipo de paciente que procura desenvolver novas estratégias contra suas doenças através de uma participação mais efetiva na condução de seu tratamento.

As iniciativas não devem ser tomadas por parte do médico como ameaças, mas vistas como uma ação de co-responsabilidade na qual o paciente assume o risco de tomar decisões junto com seu médico dividindo assim as responsabilidades sobre as consequências do tratamento.

4.7 - Os conflitos de deveres e interesses que ocorrem durante a relação médico paciente e atores envolvidos

A relação médico paciente inicialmente composta por apenas dois personagens se tornou uma relação ainda mais complexa envolvendo a participação dos convênios, seguros médicos, hospitais, da indústria de equipamentos médicos e farmacêutica e familiares.

Os novos personagens desempenham cada vez mais um papel relevante nas decisões a respeito do paciente influenciando de forma direta ou indireta na conduta do profissional de saúde.

De uma forma simplificada podemos citar os principais personagens e seus interesses como sendo:

- O paciente que espera da medicina todos os recursos para aliviar sua dor e sofrimento e que o tratamento mantenha sua dignidade e seja de forma humanizada. Ele passa a buscar seus direitos na justiça quando se sente prejudicado procurando a esfera civil e penal em busca do ressarcimento pelo dano que sofreu.
- Em seu livro *The Rights of Patients-The Authoritative ACLU Guide to the Rights of Patients*, Annas⁽⁷¹⁾ apregoa como direitos dos pacientes ser informado a respeito das decisões sobre seu tratamento, possuir privacidade e dignidade, ter a opção de recusar o tratamento, o direito a cuidados de emergência e finalmente o direito a um advogado, o que mostra a precariedade em que se encontra a relação e a tendência à busca da justiça como mediadora de soluções para os conflitos.
- O familiar que possui a expectativa do melhor atendimento possível ao seu parente independente do custo, muitas vezes sofrendo influencia de aspectos sociais, afetivos, econômicos e religiosos que interferem no seu julgamento quanto o que é melhor para o doente. Ele se torna cada vez mais questionador da conduta e dos resultados do tratamento e busca informações nos meios de comunicação.
- O médico que analisa a situação do ponto de vista profissional e que tem como objetivo “salvar” a vida do seu paciente se utilizando de todos os recursos disponíveis comprometido com o juramento de Hipócrates e muitas vezes colocando em segundo plano quem vai arcar com o custo do tratamento e o

impacto dos resultados sobre a qualidade de vida do paciente e dos familiares. Ele convive com uma nova realidade que transformou o dever profissional em direito do cidadão e impõe regras e punições conforme o julgamento da sociedade em relação a sua conduta.

- O hospital que através da boa prestação de serviços espera o retorno sob a forma de lucro se apresenta em constante mudança não só quanto às especificações técnicas e estruturais mais principalmente a respeito da representatividade para com a sociedade. Inicialmente possuíam como únicos clientes o paciente e o médico e era considerado o lugar ideal para o isolamento do convívio da sociedade abrigando os enfermos portadores de moléstias contagiosas e os que representassem de alguma forma algum tipo de “constrangimento” para as pessoas. As plantas físicas dos hospitais eram semelhante a das prisões da época, não existia preocupação com conforto e tecnologia.

Enquanto que as moléstias como a lepra geravam modelos de exclusão social, as pestes suscitaram esquemas de reclusão que refletiam o poder disciplinar do estado através de um conjunto de técnicas que tinham como objetivo medir, controlar e vigiar o que era caracterizado de anormal.

Neste contexto se destaca a figura arquitetural do Panóptico de Bentham empregada nas construções da época para isolar o indivíduo da sociedade.

Era descrito como: “... na periferia uma construção em anel; no centro, uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção... basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar... O dispositivo panóptico organiza unidades espaciais que permitem ver sem parar e reconhecer imediatamente... é uma máquina de dissociar o par ver-ser visto: no anel periférico, se é totalmente visto, sem nunca ver; na torre central vê-se tudo sem nunca ser visto”⁽²⁵⁾.

A concepção de isolamento do indivíduo e exercício de poder disciplinar do estado utilizando a unidade hospitalar mudou de forma radical, o hospital passou a agregar valores como conceitos de qualidade, serviços de beleza, de hotelaria a ponto de ser comparado a um hotel de luxo. Estas modificações também apresentaram seus “efeitos colaterais”: o paciente e seus familiares apresentam uma distorção quanto à avaliação da eficácia e eficiência dos

hospitais no que diz respeito ao seu objetivo principal que é auxiliar na recuperação do enfermo se apegando a detalhes secundários.

- O plano de saúde e os seguros médicos que buscam um melhor atendimento hospitalar para seu cliente a um menor custo possível.
- A indústria de equipamentos médicos e farmacêuticos que desempenhavam um papel secundário e passaram a adquirir destaque nas decisões tomadas influenciando através da aquisição de seus produtos.

Com tantos personagens e objetivos diferentes, é indispensável definir quais os papéis destes em relação à sociedade no que diz respeito principalmente à regulação da questão médica, as questões que envolvem o interesse público versus os interesses próprios e no estabelecimento e na defesa de valores (uso da tecnologia para a procriação, manipulação genética, eutanásia e outros)⁽⁷⁰⁾. É importante salientar que todas as questões se desenrolam em um cenário cercado de dor e sofrimento que funciona como catalisador para o surgimento de conflitos e estes se não forem resolvidos de forma rápida e eficiente podem prejudicar o atendimento ao doente, influenciando nos resultados do tratamento.

4.8 - Globalização como fator de interferência na relação médico – paciente

Em uma sociedade em que o tempo se torna cada vez mais curto e precioso, a necessidade de se atualizar do médico gera uma angústia crescente no profissional, levando alguns a adquirir um comportamento introspectivo, se fechando cada vez mais no seu mundo solitário. Especula-se que o conhecimento médico dobre a cada cinco anos.

Todo este conhecimento a um valor altíssimo e crescente é o preço pago para se obter uma medicina baseada na doença e nos meios tecnológicos voltados exclusivamente para diagnóstico e tratamento, excluindo as particularidades do indivíduo e a perspectiva quanto à sua qualidade de vida.

A facilidade atual de se informar a respeito de qualquer assunto fez com que os pacientes e familiares, ao procurar um médico, já possuam algum tipo de informação médica sobre a doença, o tratamento e as conseqüências relacionadas à cura, caso não ocorra tal situação no início da relação médico paciente, ela surgirá durante o tratamento. A disponibilização da informação tornou-se um fenômeno universal independente da classe

social a que o indivíduo pertence, podendo este ter acesso em casa, no trabalho ou em um local público.

Dentre os vários meios de informação a internet vem se destacando, seus usuários vêm procurando através do acesso aos sites o conhecimento necessário a respeito de vários assuntos antes limitados a apenas um subgrupo de pessoas que detinham o saber.

Com exceção dos países que possuem regimes totalitários onde ocorre uma seleção do grau e da quantidade de informação para a população, todos conseguem se informar sobre qualquer assunto, quando e onde quiser representando assim uma importante manifestação de globalização e democratização da sociedade.

A medicina não é exceção a este fato, porém os médicos com sua formação hipocrática apresentam enorme dificuldade em compreender e se adaptar a nova realidade, muitas vezes considerando-a uma ofensa ou até mesmo uma ameaça a sua posição de “os donos da verdade”.

A corrente de profissionais de saúde contrária a este fenômeno argumenta que uma vez que os familiares e doentes não possuem o saber técnico-científico, sendo incapazes de analisar o conhecimento e que as atitudes tomadas a partir da aquisição deste conhecimento podem surtir um efeito indesejável e permissivo sobre o tratamento do enfermo.

Na visão dos defensores da “censura da informação”, o paciente pode se tornar muito angustiado ao saber de sua doença, tratamento e conseqüências podendo desenvolver sintomas hipocondríacos ou negar a doença como forma de evitar o sofrimento e a angústia.

A busca pela informação sem nenhum tipo de orientação pode representar uma ameaça extremamente permissiva a saúde do enfermo porque faz surgir o paciente ou familiar que diagnostica e medica baseado apenas em livros, anúncios e panfletos. Os pacientes e familiares abdicam do saber e da experiência do médico que estudou para desempenhar tal função e se aventuram em textos da internet.

Na edição de 21 de março de 2009 do *British Medical Journal*, os editores afirmaram que a internet estava repleta de “alegações médicas falsas”, levantando mais uma vez a questão da necessidade de defender o leigo de tais informações e da realização de uma “reforma bem-vinda da assistência médica”, fazendo com que os indivíduos assumam a responsabilidade pela sua própria saúde ⁽¹⁰²⁾.

A informação médica nem sempre é disponibilizada com seu conteúdo incorreto, vários sistemas de saúde, hospitais, laboratórios e médicos já oferecem serviços pela internet como diferencial, demonstrando transparência na tentativa de fidelizar a clientela, porém tal prática ainda é limitada a poucos.

O Dr. Kenneth D. Mandl, da Divisão de Medicina de Urgência e Endocrinologia do *Children's hospital of Havard medical School*, conduziu um estudo publicado na revista *Arch Pediatr Adolesc Med* em maio de 2000 que teve como objetivos: medir a taxa de acesso e uso regular da internet e e-mail, e determinar a influência dos aspectos sociais, econômicos e raciais. O uso e acesso a internet durante um ano foi estudado e os resultados foram comparados aos dados obtidos por outro trabalho similar realizado em 1998⁽¹⁰³⁾.

Observou-se que cerca de três quartos da população estudada relatava acesso à internet ou ao e-mail representando um crescimento de 40% em relação ao resultado da pesquisa anterior.

Quando estudado o local de acesso, a maioria dos acessos à internet era realizada no trabalho, bibliotecas públicas, escolas e casas de amigos e familiares.

Outro aspecto interessante analisado no estudo foi a descoberta que o uso e o acesso à internet possuía relação com a renda familiar anual, eles constataram que mais da metade dos pacientes, com renda anual de 20 mil dólares ou menor informaram ter acesso à rede bem como a totalidade da população com renda anual superior a 60.000 dólares.

Em relação à etnia ficou claro que os brancos tinham mais acesso do que os negros e asiáticos, mas o menor percentual de acesso pertenceu ao grupo dos hispânicos. No artigo que havia uma relação direta entre conectividade e a renda familiar distribuída desigualmente entre as raças e etnias.

Apesar do aumento do número de acessos à internet ainda existem um número considerável de pessoas economicamente ativas desconectadas, porém os autores acreditam que isso pode mudar com a queda do preço dos produtos eletrônicos permitindo inclusive o acesso das classes mais desprestigiadas

Infelizmente a internet ainda não possui seletividade ou regras claras quanto ao seu uso, assim qualquer indivíduo pode colocar informações de cunho médico como depoimentos em seus blogs, sem que haja um processo de seleção e validação das informações disponibilizadas^(103, 104, 105).

O crescimento do uso da internet pelas pessoas em busca de informações sobre saúde, fez com que o Jornal Nacional, importante meio de comunicação da televisão brasileira, realizasse uma matéria veiculada a televisão no dia 23/06/2008.

A reportagem citada mostrou que o paciente sem instrução podia a partir de uma informação encontrada na internet se diagnosticar como portador de determinada doença e se automedicar, contudo em relação ao paciente instruído, a disponibilidade de informação

através da internet poderia ajudar no seu tratamento caso suas ações estivessem de acordo com as orientações do médico que o assistia. Oito entre dez usuários de internet entrevistados declararam já terem utilizado a rede para acessar informações sobre doenças, médicos e outros temas relacionados⁽¹⁰⁶⁾.

A busca pela informação médica passou a ser um importante tema de saúde pública, a disponibilidade da informação ao paciente representou uma nova página na tão complexa relação com o seu médico. A medicina e sua doença representam um crescente mercado comercial de interesse, principalmente nos Estados Unidos onde existem varias publicações que abordam temas como os direitos dos pacientes e como o paciente deve se portar diante de um possível erro durante o seu tratamento.

Em uma delas bastante conhecida intitulada, "*The Empowered Patient*", possui no seu conteúdo informações sobre como o paciente deve agir para ser ouvido nas decisões quanto ao tratamento e até orientações para reduzir a possibilidade da ocorrência de erros de medicação. Esta obra é de autoria da dentista Julia Hallisy, diretora da organização *Empowered Patient Coalition*^(100, 101).

O acesso às informações pela internet impulsionou o movimento de participação do paciente sobre a tomada das decisões médicas. De um começo tímido em que buscavam informações sobre sintomas e tratamentos, passaram a surgir blogs, em que pacientes prestavam seu depoimento com opiniões sobre o tratamento e a forma de condução por parte do médico. As redes se multiplicam e conectam os pacientes entre si, funcionando como fóruns virtuais onde ocorre uma troca de informações a respeito das doenças, tratamentos, complicações, médicos, convênios e instituições hospitalares.

Este movimento foi batizado de *Health 2.0* em menção a um segundo movimento sobre informações de saúde na internet possui como característica a criação do conteúdo pelos pacientes. As novas redes possuem a capacidade de formar uma "sabedoria coletiva em saúde" agindo como mais um recurso para aumentar a participação do paciente, graças à abrangência das informações e dos pontos de vista que possui^(107, 108, 109, 110).

O médico se vê diante do crescimento da quantidade de informações disponibilizadas. Nos dias atuais elas alcançam a marca de centenas de milhares de documentos contendo informação médicas que são postados na Internet, com uma taxa de crescimento mensal altíssima. Um dos maiores catálogos on-line, o Yahoo! Adiciona entre 30 a 60 recursos novos por dia, representando apenas uma pequena fração dos que entra "no ar" diariamente.

Se a dificuldade de interpretar qual material possui informações corretas e relevantes se faz presente para um profissional com experiência no assunto, é bastante questionável a interpretação do leigo de forma correta e crítica de tais informações.

Dois aspectos sobre a informação médica na internet devem ser discutidos de forma cuidadosa:

- A qualidade da informação médica que é disponibilizada na internet, e assume um caráter quantitativo e não qualitativo. A informação de qualidade sobre saúde é fundamental para a boa utilização da internet pelas pessoas.
- O destino que o paciente dará a informação. É consenso entre os médicos o fato de que a internet é um excelente veículo de troca de informações, e que o problema da má interpretação da informação médica pelo público deve ser resolvido da maneira mais simples através da conscientização^(104, 105).

O Dr. Marco Masoni e co-autores da Universidade de Florença, Itália, questionam especialmente a falta de controle do Google, site de busca bastante utilizado na internet, no que diz respeito à propagação de informações.

Eles defendem uma melhora nos filtros e algoritmos do site e o criticam duramente a estrutura atual: "Se a melhora do filtro for muito complexa seria melhor simplesmente não exibir links patrocinados em resultados de pesquisas sobre termos médicos ou produtos."

No entanto existem também defensores dos sites de pesquisa como Joanne Shaw, presidente do *NHS Direct NHS Trust* no Reino Unido, ela afirmou em um editorial do *British Medical Journal* que a pesquisa sobre saúde na internet é extremamente positiva, anunciando uma mudança social tão profunda quanto a Reforma religiosa do século XVI e enfatizou: "Não somente a demanda por informações eletrônicas sobre saúde é ininterruptível, ela deveria ser bem recebida e apoiada como algo bom, tanto para os pacientes quanto para os médicos". Ela é categórica em afirmara necessidades das pessoas se prepararem para assumir a responsabilidade pela sua própria saúde e diagnosticando o que pode estar errado com elas e pesquisando como cuidar melhor de si. A busca por informações médicas pode trazer vantagens para os pacientes. A internet não diminui o papel do médico que abdicou do seu autoritarismo e passou a atuar como um consultor especializado compartilhando o conhecimento.

Uma vez de posse das informações o enfermo poderia aprender a lidar melhor com as doenças leves gerando uma boa relação custo-benefício. No caso dos pacientes portadores de enfermidades graves a busca da informação serviria de estímulo para se tratar e buscar auxílio médico rápido o que poderia levar a um melhor prognóstico e a menos complicações⁽¹⁰³⁾.

4.9 - A cultura, religião e morte: Assistência médica do início ao fim da vida

Na história do homem, a primeira indicação que sugeriu a existência de um sentimento religioso data de cerca de cem mil anos aproximadamente. Nas tumbas descobertas pelos arqueólogos, existiam indícios que os mortos participaram de um ritual de passagem: muitos se apresentavam em posição fetal, possuíam objetos e alimentos ao seu lado ou estavam reunidos de uma determinada forma, dando a idéia de um pensamento de uma nova existência após a morte⁽¹¹¹⁾.

Na antiguidade alguns povos já viviam de forma comunitária: Os malaios acreditavam que a morte de um membro representava uma perda do grupo em si, seus sobreviventes passavam por um processo de lamentação coletiva desta forma a morte era vivida por toda a comunidade.

Para os gregos e os romanos, os mortos eram os habitavam o reino de Hades ou “infernos”, descrito como um lugar onde a fuga era impossível e a tristeza constante, eles se dirigiam para lá independente de possuírem uma existência correta ou não.

A busca incessante por um significado da razão de morrer estimulou várias reflexões, que se manifestaram principalmente a nível cultural, muito além da influência religiosa da época. Apesar das diferenças culturais, as sociedades ao longo do tempo compartilham da mesma luta do homem contra a morte, na tentativa de conquistar a imortalidade, e, conforme falhava as suas tentativas reconheciam sua “humanidade”.

No Egito antigo, existiam técnicas que permitiram a conservação de seus cadáveres, sepultados em templos, na Roma antiga este aspecto se manifestava sob a forma das esculturas, seus habitantes perpetuavam seus imperadores através de estátuas.

Vários autores da antiguidade Greco-romana procuraram através de suas obras descreverem o inferno e a luta do homem a procura da sua imortalidade tentando de alguma forma “enganar” a morte.

No canto XI da Odisséia Homero descreve o inferno como um lugar sinistro, visto por Ulisses após cavar um buraco e evocar os mortos com o objetivo de descobrir o futuro.

O poeta Virgílio descreveu no canto VI da Eneida a passagem de Enéas pelos infernos a procura de seu pai. Esta lenda era tão respeitada pelos gregos, que eles introduziam uma moeda na boca de seus cadáveres, acreditando que aqueles que não tivessem dinheiro para pagar a Caronte, ficariam condenados a vagar pelo rio Aqueronte eternamente. Uma vez no inferno a alma era julgada, o indivíduo considerado justo tinha como destino os Campos

Elíseos, onde viveria em felicidade eterna sem a preocupação de trabalhar, porém se sua alma fosse condenada, seu destino era ser arrastado para o Tártaro.

Para o filósofo Michel Serres^(112, 113), no paganismo já existia uma forma de pensar, agir e sentir a respeito da morte, suas argumentações se baseavam no estudo da estrutura etimológica do termo pagão em latim, *paganus*, que significa camponês. Ele provém do vocábulo latino *pagus*, que originou as palavras país e paisagem, significava campo de lavoura, podia ser um campo de trigo ou uma região de um determinado vinhedo ou horta. Cada *pagus* era sagrado: o espírito que o governava era de um ancestral que havia sido enterrado no local. O sepultamento dos corpos dos familiares tornava a terra sagrada, havia um sentido religioso e sócia luma vez que esta ação permitia reconhecer a legitimidade da posse das terras de algumas famílias onde eram realizados rituais por elas. As casas nos *pagus* eram construídas ao lado dos túmulos já que acreditavam que havia umnexo entre a vida e a morte.

Quando analisamos a era medieval vimos a morte é associada à figura de uma caveira com a sua capa e foice. Para muitos, era uma forma de assustar o homem e impor respeito ao que ela representava. O poeta Manuel Bandeira se referia a morte como a mais “indesejável das gentes”⁽¹¹⁴⁾.

O estudo realizado por Marcos Fleury⁽¹¹⁵⁾ em seu livro “Reflexões sobre a morte no Brasil” prova que o simbolismo varia de significado conforme o caminho que a sociedade segue em relação a sua cultura. No livro são comparadas as diferenças da visão da morte na cultura do Brasil e do México, dois países com forte tradição católica exemplificam bem esta relação.

Enquanto que no Brasil a morte é simbolizada por caveiras num contexto relacionado à tragédia e ao sofrimento, no México a maior festa popular é o *dia dos Muertos*, o que mostra à grande influência das tradições indígenas em sincretização com a tradição cristã.

Observou-se que com o passar da idade média que algumas práticas pagãs foram se extinguindo, enquanto poucas resistiram ao tempo. A introdução da sacralidade da vida pelo cristianismo modificou o conceito sobre a morte que passou a ser compreendida de forma separada da vida. A crença Cristã de que quem respeitasse as regras do cristianismo alcançaria o céu como prêmio e aos pecadores o destino final era o inferno representou uma importante ferramenta para controle e dominação na época.

O direito de morrer, uma prática respeitada desde a antiguidade Greco-romana, desapareceu e o enfermo perdeu a autonomia de dar fim a própria vida ou de solicitar o auxílio de outra pessoa para tal ação que passou a ser considerado um pecado grave⁽¹¹⁶⁾. O

auxílio outrora considerado normal ou mesmo comparado a um ato de piedade é controverso nos dias atuais sendo motivos de discussões éticas, religiosas e sujeito as leis da sociedade.

Em alguns países como os Estados Unidos e a França a discussão a respeito da eutanásia desperta muito interesse, são abordados aspectos que envolvem questões filosóficas, éticas e mesmo econômicas, face ao grande custo da manutenção de pacientes portadores de doenças incuráveis e terminais cujo cuidado hospitalar prolongará sua vida de modo artificial e sem perspectiva de melhora gerando sofrimento e angústia para o paciente e seus familiares.

Um tema polêmico e instigante, muitas vezes cheio de contradições, a representação e o questionamento sobre os aspectos relevantes a morte se faz presente intensamente nas artes no passado e nos tempos atuais servindo como inspiração para muitos escritores graças à complexidade e atração que o assunto possui para o ser humano.

Um dos escritores mais respeitados da atualidade José Saramago, autor do livro “As intermitências da Morte”, criou uma cidade fictícia onde a morte deixou de existir como ciclo natural e suas conseqüências sociais, políticas, econômicas e religiosas descrevendo as conseqüências sobre a uma sociedade e o caos provocado pelo fato das pessoas deixarem de morrer⁽¹¹⁷⁾.

Durante a história da civilização duas idéias a respeito do que acontece após a morte se predominaram: a transmigração, na qual a alma do indivíduo retornaria em outro corpo e a ressurreição, presente principalmente nas religiões ocidentais, na qual o individuo poderia “ressurgir” em outro mundo ou período de tempo. Estes conceitos serviram para o desenvolvimento das bases éticas e das “boas práticas” a serem seguidas conforme as religiões: o indivíduo era punido ou recompensado após a sua morte conforme a sua conduta enquanto vivesse.

O século XX representou uma época de grande desenvolvimento tecnológico, inclusive na medicina que teve como resultado o aparecimento de questões que envolviam a ética humana e o direito sobre o corpo. Vários conceitos antes incontestáveis passaram a ser questionados gerando reações por parte das forças conservadoras que não queriam que suas posições fossem modificadas, dentre elas podemos destacar os movimentos religiosos.

Na medicina o avanço da genética permitiu identificar o sexo precocemente e os fetos mal formados em estágios embrionários, a tecnologia desenvolveu métodos substitutivos capazes de perpetuar o ser humano e surgiram medicamentos que se não curavam doenças até então intratáveis permitiam aumentar a expectativa de vida.

O médico, com maior frequência, se viu diante de questões polêmicas como o aborto, a eutanásia e a terminalidade que envolvem além de questões técnicas, aspectos sociais, políticos, econômicos e religiosos.

Enquanto que alguns países procuram se adaptar a esta nova realidade criando leis que permitam em casos especiais práticas como o suicídio assistido, o aborto e as medidas de suporte para o paciente terminal, as grandes religiões principalmente as ocidentais se manifestaram na sua grande maioria de forma contrária a estas práticas.

As principais questões médicas que entram em conflito com as religiões foram:

- A eutanásia: Liberada na Holanda em abril de 2001 e na Bélgica em setembro de 2002 onde é assegurado o direito de determinar o fim da vida por escolha própria, é criticada pelas grandes religiões mundiais a ponto de colocá-la na mesma categoria do suicídio. O cristianismo (católicos e protestantes) não aprova tal prática porque acreditam que apenas Deus possui o direito de conceber ou tirar uma vida.

O budismo é mais flexível em relação às outras religiões no que diz respeito às questões bioéticas. Ele não se preocupa com o ato da eutanásia, mas com a dor e o sofrimento do indivíduo, recomendando em situações que envolvam a terminalidade, uma conduta que “trilhe o caminho da compaixão e do livre arbítrio do ser humano”⁽¹¹⁸⁾.

A prática da eutanásia é condenada de forma severa pelo judaísmo.

- O aborto, que dentro das questões bioéticas é provavelmente o mais discutido a nível social, técnico e religioso no mundo. A prática é liberada em alguns países com a alegação de ser uma garantia de liberdade pessoal e até mesmo como mecanismo de controle populacional, em outros, é considerado um ato criminoso sendo que até mesmo onde foi liberado o tema ainda é controverso e existem opiniões contra a sua prática. Ele vai totalmente contra a crença da maioria das religiões do Ocidente, uma vez que a preservação da vida e o milagre da reprodução representam um alicerce religioso importante.

O hinduísmo estimula seus seguidores a terem filhos, que segundo a crença é uma das mais nobres missões da humanidade, logo o aborto representa uma grave violação.

No judaísmo e no cristianismo este conceito também se faz presente na passagem escrita no gênesis 1:27-28: “Criou Deus, pois, o homem á sua imagem, á imagem de Deus o criou; o homem e a mulher os criaram. E Deus os abençoou e lhes disse: Sede fecunda multiplique-vos, enchei a terra e sujeitai-a”. As religiões são contra o aborto, porém o

judaísmo é mais flexível a respeito do assunto e admite tal prática quando a gestação representa algum risco à saúde ou a vida da gestante interpretando tal ato como a salvação de uma vida em detrimento a outra. O cristianismo é a religião que impõe maior resistência ao aborto.

Outro aspecto interessante que diferencia as duas religiões diz respeito ao posicionamento sobre o ato sexual, o judaísmo admite que o sexo possa ser praticado não só com o objetivo de reprodução mais como forma de relação social diferentemente do cristianismo. Esta diferença é importante uma vez que enquanto no cristianismo os métodos anticoncepcionais são proibidos a não ser o uso de tabelas, no judaísmo é permitido a utilização de outros métodos.

A complexidade da crença religiosa é tão grande a ponto de existirem religiões que possuem várias subdivisões com regras específicas em relação a assuntos conflitantes.

Podemos citar à participação do homem na decisão da anticoncepção como exemplo: Segundo o entendimento ortodoxo, cabe a mulher a responsabilidade de decidir qual o método mais adequado para evitar a concepção, porém por ser uma opção feminina o homem não deve se manifestar a respeito estando ele proibido de realizar qualquer procedimento que o impeça de procriar como a vasectomia.

A interdição ao aborto em muitos países tem levado a um grande número de óbitos e mutilações em mulheres na maioria jovens que procuram a clandestinidade para interromper a gestação.

A inflexibilidade religiosa em relação a tal conduta pode fazer com que a paciente seja exposta a situação de risco inclusive criando um conflito entre o médico, o paciente e seus familiares. É um dilema claro com envolvimento das leis vigentes entre a ciência e a religião.

Na sociedade atual observamos o aparecimento de muitos temas controversos que mostram a dificuldade das religiões em se adaptar a novas realidades. A escolha antes exclusiva de um ou mais deuses passou a ser feita por humanos, o julgamento passou a ser baseado no conhecimento técnico e na interpretação das leis da sociedade muitas vezes influenciados por questões econômicas ^(118, 119, 120, 121).

4.10 - A compreensão filosófica da morte

A morte é um assunto desafiador que envolve aspectos legais, filosóficos, culturais e religiosos. A ideia de finitude tem flertado com o homem desde a sua existência gerando diversos sentimentos que vão desde a felicidade até a angústia e a tristeza.

No século XVIII após a dominação exercida pelo pensamento religioso, a filosofia caminha intimamente com a morte, a despeito da afirmação de Montaigne: “Filosofar é aprender a morrer”, o homem ainda procura um sentido universal para a morte⁽¹²²⁾.

Baruch Spinoza, filósofo racionalista holandês, se destacou como um dos primeiros filósofos a questionar os axiomas impostos pela igreja publicando em 1670 seu tratado teológico-político, o *Tractatus theologico-politicus*⁽¹²³⁾.

Richard Simon estudou a bíblia de forma científica demonstrando que seus textos eram passíveis de erro como cita em *Histoire critique du texte du Nouveau Testament, Rotterdam, 1689*⁽¹²⁴⁾.

Montesquieu⁽¹²⁵⁾ em suas Cartas persas datadas de 1721 definiu de forma irônica a bíblia como “um livro feito apenas para ensinar o caminho para o paraíso”.

Ele pertenceu a um grupo de filósofos franceses, detentores das mais variadas opiniões a respeito da religião, que no final do século XVIII reuniu o conhecimento humano na obra chamada Enciclopédia.

Voltaire em sua obra dicionário filosófico portátil, afirmou que o inferno foi inventado pelo homem com o objetivo de punir as pessoas que escapam das leis do homem protegendo assim a autoridade e o poder do clero⁽¹²⁶⁾. Através de uma nova concepção filosófica, ele imaginou que o inferno e o purgatório eram lugares em que a alma estava condenada ao remorso e que o paraíso seria um lugar onde a natureza, a cultura e a razão serviriam como pilares para a fundação de uma nova sociedade.

No século XIX observamos importante mudança de cunho social e político na sociedade: o poder sobre a vida e a morte deixa de ser exclusivo da igreja e passa a ser dependente da ciência. A morte adquire uma conotação diferente denominada por Michel Foucault como biopoder, referência a respeito do controle que a modernidade exerce no indivíduo, afastando-o cada vez mais da realidade humana⁽¹²⁷⁾.

A mente dos pensadores se encontrava em estado de ebulição. Nietzsche (1844-1900) descreveu suas crenças em antítese aos valores da vida anteriormente predeterminados fundada em valores cristãos.

Na sua obra “A transvalorização dos valores” Scarlett Marton, renomada especialista na obra de Nietzsche, interpreta esses novos valores através da passagem: “o homem tem de dar sentido à própria vida; em vez de guardar que venham redimi-lo, deve amar cada instante como ele é. E não há afirmação maior da existência que a afirmação de que tudo retorna sem cessar”. Neste contexto a morte passa a assumir cada vez mais um valor negativo que deve ser postergada a qualquer custo⁽¹¹²⁾.

Em seu livro “Morte”, o escritor Correa afirma que “a filosofia ainda levará muito tempo para reconhecer a finitude e a mortalidade como aspectos mais universais da condição humana”⁽¹²⁸⁾.

O século XX é caracterizado pela presença de conflitos com envolvimento de vários países, raças e culturas.

Martin Heidegger (1889-1976) na obra “O ser e o Tempo” introduziu o conceito de que é através da angústia da morte que o indivíduo passa a conhecer a verdade imortalizando a frase “desde que o homem nasce ele está pronto, ou bastante velho para morrer”⁽¹¹⁴⁾.

Freud (1856-1939) defendeu a idéia de que o homem não acreditava na morte, porque o inconsciente acredita que é imortal⁽¹¹³⁾.

Outro exemplo do pensamento filosófica deste século a respeito da morte foi dado por Jean-Paul Sartre (1905-1976), ele definiu a morte como “negação das minhas possibilidades”, representando uma barreira entre o ser humano e a sua capacidade de exercer sua potencialidade⁽¹¹⁴⁾.

No Brasil podemos citar Leonardo Boff com suas idéias afirmando que morrer não é uma viagem para o fim, mas representa uma peregrinação para o que ele chama de para um fim-meta. A vida não pode ser comparada a um círculo, mas sim uma elipse e resume suas convicções na seguinte frase: “Nós não vivemos para morrer. Nós morremos para ressuscitar. Para viver mais e melhor”, e, ainda acrescenta: “De pouco valem os mil estratagemas de prolongamento da vida. Chega o momento em que, mesmo a pessoa mais velha do mundo tem que morrer”⁽¹¹⁴⁾.

A filósofa Simone de Beauvoir (1908-1986) em seu romance “todos os homens são mortais” descreve o inferno que seria se a vida como conhecemos fosse imortalizada compartilhando da mesma opinião que Leonardo Boff⁽¹¹⁴⁾.

A morte é um assunto comentado diuturnamente seja como fenômeno biológico ou por segmentar categorias sociais, chamando a atenção pela aparente banalidade que adquire na mídia em decorrência da violência urbana e seus conflitos. Na medicina ela se apresenta como

um fenômeno letal, uma derrota para o médico que luta desesperadamente contra ela e procura uma explicação para sua ocorrência.

Em seu livro, "Sobre a morte e o morrer", Elizabeth Kubler Ross relata as experiências vividas durante dois anos e meio acompanhando pacientes moribundos e descrevendo suas ansiedades, expectativas e frustrações diante da proximidade da morte. No seu prefácio a autora define a obra como: "... É apenas um relatório de uma oportunidade nova e desafiante de focalizar uma vez mais o paciente como um ser humano, de fazê-lo participar dos diálogos, de saber dele os méritos e limitações de nossos hospitais no tratamento de doentes." A autora analisa a morte sob a visão do paciente fornecendo importante material para reflexão sobre as condutas tomadas quando se chega aos instantes finais da existência humana ⁽¹²⁹⁾.

Osswald em sua obra intitulada "O Direito do Paciente" reflete sobre os prós e contras da codificação dos direitos e deveres do paciente dando ênfase a temas como a necessidade da sinceridade por parte dos doentes em relação às informações fornecidas ao médico e ao direito do paciente de exercer pela última vez o seu direito de liberdade através do direito de morrer. ⁽⁷⁰⁾

Em "Viver e Morrer com dignidade", João Lobo Antunes consegue traduzir tal situação de forma magistral através das palavras: "... O modo como se trata a esperança e das tarefas mais delicadas no tempo de morrer, que leva a situações ofensivas da dignidade de médicos e doentes, pela manipulação do prognóstico e pela fuga no prolongamento insensato da agonia através de cuidados intensivos despropositados, uma espécie de "extrema unção mecânica" como alguém lhe chamou." ⁽⁷⁰⁾

Infelizmente nem sempre se consegue diante de tema tão controverso, dramático e complexo chegar a um consenso que concilie todas as suas interpretações, a morte antes um acontecimento normal e fisiológico passou a assumir vários sentidos: na visão da lei ela é um fenômeno natural, gerando documentos como certidões de óbitos, para o jornalista ela se torna um fato a relatar, uma investigação para o policial, um evento científico para o biólogo ou um dado estatístico. Ela é paradoxal e dialógica por representar o destino de cada um como ser finito e ser ao mesmo tempo a origem do ser humano.

O filósofo Emil Cioran (1911-1995) entendia que as moléstias da humanidade tinham uma "missão filosófica", elas ajudavam o homem a ter plena consciência da sua existência, para ele a morte "é a coisa mais segura e firme que a vida inventou até agora." ⁽¹¹³⁾.

No contexto de sofrimento e dor, a religião também funciona como importante instrumento para que o homem consiga enfrentar-la. A ideia da existência de uma vida após a morte faz com que haja a necessidade da existência de uma parte humana imortal, "a alma".

No ocidente a ideia da morte como um evento final é recente, resultado direto do racionalismo moderno. Foram através dos questionamentos dos filósofos iluministas em relação aos dogmas religiosos e a procura de uma interpretação racional do que é o inferno e o paraíso que as crenças foram lentamente enfraquecendo. Ela deixa de ser natural e passa a ser evitada por representar o insucesso, passando a ser vinculada a acidentes, doenças e a velhice evitando assim aceitarmos que é necessária e infalível.

Autores como Elizabeth Kubler Ross procuram quebrar este paradigma e mostrar a outra face deste momento tão singular: “Aqueles que tiverem a força e o amor para ficar do lado do paciente moribundo, com o silêncio que vai além das palavras, saberão que tal momento não é assustador nem doloroso, mas um cessar em paz do funcionamento do corpo”⁽¹²⁹⁾.

4.11 - A bioética e o código de ética médica no Brasil

O paciente aproveitando-se da facilidade de obtenção de informações disponíveis nos meios de comunicação deixa de assumir uma postura submissa e procura entender sua doença, passando a assumir uma postura questionadora e ativa quanto às decisões médicas sobre o seu corpo⁽¹¹⁾.

No livro *Autonomy and trust in Bioethics* a autora Onora O’Neill coloca em evidência alguns aspectos sobre a fragilização da relação entre o médico e seu paciente e pontua a perda da confiança como principal fator para seu enfraquecimento, deixando o aumento da autonomia do paciente em um segundo plano. Os médicos segundo a autora não possuem mais nomes, são equipes de hospitais que conseguem acesso irrestrito aos mais guardados segredos do paciente e que não desenvolvem nenhum vínculo. Estes profissionais são escolhidos para a missão de assegurar o melhor para o doente e proteger sua confidencialidade e sua privacidade sem ter tido nenhum contato pessoal prévio⁽⁷¹⁾.

O ano de 1949 foi muito importante para a história da bioética devido à elaboração do Código Internacional de Ética Médica, na 3ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, em Londres. O texto esclarece qual a forma que o profissional deve se comportar diante do paciente: “O médico deve ter sempre presente o cuidado de conservar a vida humana. O médico deve a seu paciente completa lealdade e empregar em seu favor todos os recursos da ciência”.

Uma crescente preocupação quanto aos limites éticos sobre o corpo tem gerado polêmicas, conflitos e manifestações pelo mundo, tanto que nos anos subsequentes a criação

do código, outras cartas foram promulgadas para o fortalecimento da abordagem ética e a preservação dos direitos do paciente.

No ano de 1995 ocorreu o fortalecimento da ética principalmente nos países da América do Sul, na cidade de Assunção no, Paraguai, é formalizada a Declaração dos Princípios Éticos dos Médicos para o MERCOSUL. Em seu art. 2º, ela afirma que: “O médico deve ter absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. No entanto, deve levar em consideração a existência de outros princípios morais, autonomia e justiça, fundamentais na interação do seu trabalho com o enfermo, os familiares e a sociedade”⁽¹³⁰⁾.

No Brasil A busca brasileira pelas melhores práticas médicas, respeitando os princípios bioéticos dos pacientes se fez através do seu Código de Ética Médica (CEM).

Segundo a Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988, do Conselho Federal de Medicina que passou a ser usado como referência para julgar as questões que envolviam os deveres, direitos e obrigações dos médicos que atuavam no país⁽¹³¹⁾.

Durante 22 anos ele não sofreu modificações importantes até que em 24 de setembro de 2009 (passando a valer 180 dias após sua publicação, portanto, no dia 13 de abril de 2010) entrou em vigor o sexto Código de Ética Médica, publicado no Diário Oficial da União.

As principais novidades envolviam uma nova visão que abordava temas polêmicos e conflitantes envolvendo as leis, a sociedade, a religião e a ciência como a administração de cuidados paliativos, a autonomia do paciente e a determinação de regras para temas delicados como a reprodução assistida e a manipulação genética.

A abordagem a respeito da conduta médica recebeu novas orientações e aos direitos do paciente passaram a vigorar levando em consideração os dilemas éticos da medicina que surgiram junto com as novas tecnologias e a evolução da sociedade do ponto de vista comportamental e jurídico.

O documento foi criado a partir do esforço de 400 delegados médicos (conselheiros federais e regionais de Medicina, membros de sindicatos e sociedades de especialidades, além dos representantes de várias entidades médicas) que debateram o antigo código de ética médica e analisaram vários códigos de outros países, elementos de jurisprudência, pareceres, resoluções e decisões desde 1988 emitidos pelo conselho federal de medicina e pelos conselhos regionais.

Os trabalhos foram coordenados pela Comissão Nacional de Revisão do Código de Ética Médica que possuía a preocupação de construir um documento que abrangesse assuntos como os direitos dos médicos, sua responsabilidade profissional, os direitos humanos, a

relação com pacientes e familiares, a doação e transplantes de órgãos, a relação entre médicos, o sigilo profissional, os documentos médicos, o ensino e a pesquisa médica, e a publicidade médica.

Ele não só determina a conduta do médico, mas também verifica o cumprimento dos regulamentos que regem a sociedade na quais os profissionais praticam a Medicina em conformidade com a Constituição e à legislação brasileira, reafirmando os direitos dos pacientes e a necessidade de informar e de proteger a população assistida. Ocorreu um aperfeiçoamento da redação dos seus artigos, foram removidas as obscuridades e duplicações que existiam anteriormente e focando nos princípios fundamentais da ética.

O resultado final dos trabalhos originou um documento com 25 princípios fundamentais do exercício da Medicina, 10 normas diceológicas, 118 normas deontológicas e quatro disposições gerais.

Os princípios da prática médica presentes no juramento de Hipócrates como a correção e a dedicação do médico, seu dever de preservar a vida, de não prejudicar os doentes, de respeitar seus interesses, sua privacidade e a confidencialidade foram preservados no documento. Nos seus artigos revisados existe uma preocupação de preservar a autonomia da prática profissional e também sua regulação.

Este novo documento se transformou na referência para a resolução de questões que envolvam a relação entre o médico e o paciente através dos Conselhos de Medicina ao mesmo tempo em que atua como guia para o médico nortear a prática da sua profissão^(132, 133, 134, 135).

Como destaques citamos:

- **LETRA LEGÍVEL**

A receita e o atestado médico deverão ter que possuir letra legível e a identificação do médico estando o médico sujeito a sanções caso ocorra o contrário.

- **DIREITO DE ESCOLHA**

O médico deve apresentar todas as possibilidades terapêuticas – cientificamente reconhecidas e aceitar a escolha do paciente.

A Fundação Oswaldo Cruz estudou o comportamento dos pacientes que fazem pesquisas sobre doenças e tratamentos em sites da internet - “pacientes *experts*”. A influência deste comportamento sobre a relação médico paciente ficou evidente. A facilidade de informação quase que em tempo real faz com que doentes e familiares cobrem do médico constante atualização, além de elevar o poder decisório do paciente sobre as decisões

relacionadas ao seu corpo ⁽¹³⁶⁾. Segundo as novas regras do código de ética o médico e paciente devem dividir a responsabilidade pela escolha do melhor tratamento.

- **CONSENTIMENTO ESCLARECIDO**

O paciente deve ser informado e dar o consentimento a qualquer procedimento a ser realizado em seu corpo, salvo em caso de risco iminente de morte.

- **ABANDONO DE PACIENTE:** É vedado ao médico abandonar seu paciente.

- **PACIENTES SEM PERSPECTIVA DE CURA**

É reforçado o caráter antiético da distanásia, o médico deve evitar procedimentos desnecessários que prolonguem o sofrimento do paciente, naqueles em que não há perspectiva de cura ou melhora clínica. Nas doenças incuráveis, os cuidados paliativos deverão ser disponibilizados ao paciente, levando sempre em conta sua opção.

- **PRONTUÁRIO MÉDICO**

O paciente tem direito a receber a cópia do prontuário médico, importante ferramenta de defesa do profissional de saúde quando questionada a sua conduta.

- **SEGUNDA OPINIÃO**

O paciente tem direito a solicitar uma segunda opinião médica.

- **ANÚNCIOS PROFISSIONAIS**

É obrigatório incluir o número do registro no conselho regional de medicina (CRM) em anúncios dessa natureza.

- **PARTICIPAÇÃO EM PROPAGANDA**

Vedado ao médico.

- **RECEITA SEM TER FEITO O EXAME DO PACIENTE**

Vedado ao médico.

- **RELAÇÕES COM FARMÁCIAS**

Vedado ao médico.

- **SIGILO MÉDICO**

Deve ser preservado, inclusive após a morte do paciente.

- **CONDIÇÕES DE TRABALHO**

O médico pode recusar a exercer medicina em locais considerados inadequados para a prática da medicina.

- **DENÚNCIA DE TORTURA:**

O médico é obrigado a denunciar tortura.

- **DESCONTOS E CONSÓRCIOS:**

Vedado ao médico.

- FALTA EM PLANTÃO

Considerado falta grave.

- MANIPULAÇÃO GENÉTICA

Vedado ao médico.

- SEXAGEM

Vedado ao médico.

A terapia genética é abordada como tema pela primeira vez sendo proibido criar embriões com finalidades de escolha de sexo ou eugenia. No entanto o uso da terapia gênica é prevista. Ela envolve a modificação genética de células somáticas como forma de tratar doenças. Os artigos 15 e 16 do Capítulo III, sobre Responsabilidade Profissional, tratam desse tema.

- MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

É direito de o paciente decidir sobre os métodos contraceptivos que deseja usar.

- RESPONSABILIDADE DO MÉDICO

A RESPONSABILIDADE MÉDICA É PESSOAL E NÃO PODE SER PRESUMIDA.

A introdução do conceito de responsabilidade subjetiva do médico indica que esta não se presume, tem que ser provada para que ele possa ser penalizado por ação ou omissão, através da caracterização de imperícia, imprudência ou negligência, se justifica pelo fato da área médica, não garantir cura ou resultados específicos.

- LIMITAÇÃO DE TRATAMENTO

Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada poderá limitar a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

- APOIO AOS MOVIMENTOS DA CATEGORIA

O médico deverá ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional.

- OBRIGATORIEDADE NA DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

“É vedado ao médico deixar de zelar, quando docente ou autor de publicações científicas, pela veracidade, clareza e imparcialidade das informações apresentadas, bem como deixar de declarar relações com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam

configurar conflitos de interesses, ainda que em potencial. (*Cap. 12 Art. 109*); É vedado ao médico anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina.” (*Cap. 12. Art. 109*).

- **É PROIBIDO USO DE PLACEBO QUANDO EXISTE UM TRATAMENTO EFICAZ**

O progresso científico e tecnológico, a evolução das práticas profissionais, o exercício cada vez mais assalariado da profissão e a ampliação do papel do médico na sociedade também influenciaram diretamente na concepção deste código. Os deveres do médico para com seus atos sobre os pacientes sempre foram baseados em preceitos éticos exaustivamente debatidos e indicados por códigos e declarações internacionais. O novo Código representa uma referência para ser usada nos conflitos que surgem durante o exercício da sua profissão, na defesa contra os abusos praticados por empregadores, pela indústria, e por interesses empresariais e mercantilistas. Algumas mudanças tiveram como referencial as transformações da sociedade na qual a medicina é praticada, e a vontade coletiva da população^(133, 134).

4.12 - Aspectos jurídicos da relação médico paciente: O seu surgimento na história das sociedades e a atualidade Brasileira

Desde o passado as civilizações antigas já apresentavam preocupação em avaliar o médico tanto por seus resultados, quanto pela sua conduta moral e técnica.

Em seu livro *O atuar médicos direitos e obrigações*, Nigri⁽³⁾ cita a primeira codificação em que foi feita referência a prática do médico: a coleção de Leis do Rei UR-NAMU (2111-2084 a.c). Ela surgiu na Suméria, transformando alguns costumes antigos em leis que davam ênfase ao uso de penas pecuniárias para delitos diversos. O Código permite identificar diversos dispositivos que adotavam o princípio da reparabilidade, que é a base atual para a reparação por danos morais.

No ano de 2067-2025 a.C. surgiu o código de Hamurabi que abordou de forma complexa e detalhada a prática médica e suas responsabilidades conforme os resultados obtidos. Baseava-se no princípio de remuneração por serviço e na restituição de seus prejuízos conforme os resultados indesejados do tratamento através da vingança (Lei de Talião: “olho por olho, dente por dente”). A punição ou pena era diferente para cada classe social e as leis não toleravam erros ou falhas. Ele determinava regras da vida cotidiana inclusive os honorários dos médicos que variavam de acordo com a classe social do enfermo.

No Egito antigo, o indivíduo que desempenhava um papel similar ao médico era obrigado a consultar um livro de regras a ser seguidas, se desobedecidas ele estaria sujeito a pena de morte, mas se cumpridas à risca havia isenção de qualquer responsabilidade qualquer que fosse o resultado obtido com o tratamento.

Na Grécia, por volta do século V a.c, surgiu o princípio que determinava que a culpa médica não podia ser avaliada através dos resultados do tratamento instituído ao paciente, mas sim pelas atitudes e postura do médico durante o tratamento.

Na Roma antiga com a Lei das XII tábuas nasceu o conceito do direito da vítima de pleitear um acordo através do pagamento de tarifas fixadas pelos resultados considerados “indesejados” do tratamento médico. Este foi o primeiro documento legal escrito no Direito Romano que pontuava a prestação dos serviços médicos e serviu como base para grande parte dos corpos jurídicos do Ocidente.

Foi através da *Lex Aquilia Damno* que se aperfeiçoaram o conceito de culpa e os tipos de delitos médicos, seu objetivo era assegurar a punição à pessoa que viesse a causar dano à outra, obrigando-a a ressarcir-la. A ideia é válida até hoje no Brasil, no direito brasileiro não basta que o agente tenha causado o dano, mas deve fazê-lo com culpa (Código Civil, art. 186)⁽¹³⁷⁾.

Finalmente na era moderna, as primeiras codificações relacionadas à prática do exercício da medicina e as suas implicações civis foram determinadas na França. No código Napoleônico percebe-se a distinção entre a Culpa Contratual e a Culpa Delitual, ocorre a disseminação da ideia nas legislações mundiais. A responsabilidade civil passa a se basear no princípio da culpa.

No Reino Unido a obra relacionada ao tema de maior destaque foi escrita por Ian Kennedy e Andrew Grubb chamada de *Medical Law*. Os autores defendem o conceito que o direito médico deveria respeitar essencialmente a relação que se estabelece entre os profissionais de saúde e os seus pacientes, afirmando que para vários questionamentos do direito médico existem questões comuns que envolvem o direito a autonomia, o consentimento em relação às práticas sobre o paciente, a verdade da medicina, a confidencialidade, o respeito e a dignidade humana e o respeito à justiça. Desta forma obtendo uma relação estreita entre o direito médico e os direitos humanos⁽⁷⁰⁾.

A atividade médica envolve além do conceito da responsabilidade sobre o doente, a necessidade de reparação de eventuais danos causados por procedimentos ou tratamentos por ele instituídos independente da existência de prejuízos diretos ou indiretos no caso de caracterização de culpa e erro.

O paciente alterou drasticamente seu comportamento e conduta, ele possui maior consciência sobre seus direitos e procura os meios jurídicos para ser ressarcido quando acha que foi prejudicado direta ou indiretamente. É direito do paciente exigir reparação quando prejudicado podendo esta ser cobrada na esfera penal, civil e administrativa, cobrança que pode ser feita em todas as esferas conforme seu desejo. O dano como evento secundário ao ato médico não necessariamente configura a culpa do profissional e a necessidade de reparação.

Na configuração do erro médico e no reconhecimento do dever da reparação é necessário que estejam presentes de três elementos essenciais: (a) conduta culposa (ação ou omissão); (b) resultado danoso (perda da oportunidade de obter uma vantagem ou de se evitar um prejuízo); e (c) nexos causal que atua como elemento de ligação entre a conduta e o resultado advindo. O nexos causal é fundamental para a vinculação da culpa assim como o dano fundamental para a caracterização do erro.

Uma vez comprovada à existência de um dos elementos de culpa ou de vários simultaneamente, o próximo passo será a avaliação da natureza do ato médico em questão e a sua qualificação como obrigação de meio ou obrigação de resultado^(137,138).

Alexander Lacassagne, famoso médico francês, mestre da medicina legal definiu responsabilidade médica como as obrigações que possam sofrer os médicos em certas faltas por ele cometidas no exercício de sua profissão, faltas essas que podem comportar uma dupla ação civil e penal⁽¹³⁹⁾.

Enquanto que do ponto de vista penal, o médico está diante de um delito e sujeito a uma punição, sob o foco da esfera civil, o dano físico, leva a um prejuízo econômico e impõe a necessidade de um pagamento em dinheiro como forma de indenizar a pessoa prejudicada.

Na disputa de autonomias entre o paciente e o médico surge um novo capítulo: O papel do direito, o limite da intervenção sobre a doutrina médica e o posicionamento do médico em relação à participação do paciente sobre suas decisões.

Mason, Smith e Laurie asseguram que não ha dúvida que a intromissão do direito na relação médico paciente mudou mesmo que de forma sutil. A natureza da relação, a confiança e o respeito se desenvolvem de forma mais natural quando as regras são determinadas pela moralidade e não por dispositivos legais⁽¹⁴⁰⁾.

A relação médico paciente sob o foco jurídico é caracterizada como uma forma de prestação de serviços com peculiaridades cujo objetivo na maioria das vezes não é de curar ou gerar os resultados desejados pelo enfermo ou seus familiares, mas sim de prestar os cuidados médicos necessários para restabelecer a saúde do paciente enfermo, o que pode ou não ser

alcançado. Ela deve ser feita dentro dos padrões determinados pela sociedade, regidos pelo código de ética e seguindo as boas práticas já determinadas e divulgadas^(34, 137, 141, 142, 143).

Enquanto que no direito o mérito da questão é julgado através de uma norma geral é abstrato tendo como base situações anteriores e às vezes não levando em conta especificidades do caso, a bioética surge como uma ciência na qual a especulação filosófica é transformada em diretrizes e políticas a serem seguidas pelos médicos na hora da tomada de decisões conflitantes.

Quando se cruzam questões que envolvem o direito, a doutrina médica e a bioética é fato a obrigatoriedade de existir uma decisão médica e uma jurídica, porém o parecer bioético assume apenas um caráter consultivo e optativo.

O médico ao se informar a respeito de seus deveres e obrigações chega a uma inquietante conclusão: que não existe no mundo profissão mais regulamentada que a Medicina. Ela é passível de conflitos e punições para si e para a organização na qual atua que responde de forma solidária perante as leis⁽¹⁴⁴⁾. A obra portuguesa de Figueiredo Dias e Sinde Monteiro denominada “responsabilidade Médica em Portugal” se destaca como sendo considerados uns dos primeiros escritos de referência sobre o tema⁽⁷⁰⁾.

Nas leis brasileiras, a culpa quando caracterizada pode ser dividida em duas classes:

- Falhas com os deveres diante do ser humano relacionadas ao atendimento do paciente, esclarecimento quanto a sua doença e tratamento instituído com as suas possíveis consequências englobando também o segredo profissional ex: Art. 159 código civil brasileiro.
- Falhas referentes à natureza técnica relacionadas a erros provocados por imperícia, imprudência ou negligência que trouxeram prejuízo direto ou indireto para o paciente. Ex Art. 1545 código civil brasileiro.

A relação médico paciente brasileira é pautada pelas regras contidas nos códigos civil, penal, de defesa do consumidor, do código de ética médica e das Resoluções dos Conselhos de Medicina (Federal e Estadual). Do ponto de vista legal, quando o médico exerce sua atividade sobre o paciente é estabelecido um contrato regido por normas e leis existentes em documentos jurídicos e de classes.

Os pacientes quando se julgam lesados pelo ato profissional, inicialmente ingressam no Conselho de Medicina com uma ação contra o médico, visando obter o reconhecimento da sua falha e a sua condenação para depois se utilizar do resultado do conselho profissional como prova e ingressar na justiça comum com o objetivo indenizatório^(145, 146, 147, 148).

As vítimas de erros médicos têm assegurado pelo Supremo tribunal Federal o direito a três tipos de indenização podendo ocorrer um caráter acumulativo das mesmas:

- Danos materiais, referentes aos custos gerados pelo tratamento ineficiente e ao que este deixou de ganhar devido ao erro.
- Danos morais, forma de recompensa pela dor moral gerada pelo erro médico.
- Danos estéticos em consequência dos atos praticados.

A regulação técnica da profissão é realizada através dos conselhos de medicina que são entidades respaldadas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957 e pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958.

A Lei nº 3.268/57, art. 2, determina que: “O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente”⁽¹⁴⁹⁾.

Uma vez questionada a conduta profissional de um médico, esta será investigada por meio de sindicâncias que podem ou não evoluir para a abertura de processos ético-profissionais que tem como objetivo básico a punição disciplinadora caso seja determinada alguma conduta inapropriada por parte do profissional.

Se caracterizada a culpa do médico, ele estará sujeito as penas disciplinares previstas em lei que são divididas em cinco categorias: (I) advertência confidencial, em aviso reservado; (II) censura confidencial, em aviso reservado; (III) censura pública em publicação oficial; (IV) suspensão do exercício profissional, até trinta dias; e (V) cassação do exercício profissional. A prescrição da punibilidade no caso de falta ética no Brasil ocorre em cinco anos contados a partir do conhecimento do ato supostamente ilícito pelo Conselho Regional de Medicina⁽¹⁵⁰⁾.

Do ponto de vista jurídico, qualquer procedimento ou tratamento médico realizado é entendido como uma obrigação de meio uma vez que são regidas por regras que preconizam o uso da prudência, do conhecimento técnico e do agenciamento de um serviço acordado por ambas as partes.

O resultado final não envolve necessariamente sucesso no contrato, porém em situações em que o médico prometa um determinado resultado (situação comum no meio da cirurgia estética), ele passa a responder pela promessa conforme a maior parte da doutrina e da jurisprudência atual no Brasil^(151, 152).

Nos países onde a responsabilidade médica é estudada há mais tempo, como na França este posicionamento é questionado já que independente do tipo de cirurgia a ser realizada, ela é praticada no corpo humano, o que faz com que seja assumido um caráter de imprevisibilidade.

Na medicina existem especialidades que são consideradas exceções porque as obrigações de resultado interferem no sucesso terapêutico, elas estão restritas a determinadas especialidades, como a cirurgia plástica com objetivo estético, a anatomia patológica, a anestesia e a radiologia. Os dentistas também se enquadram neste grupo pelos mesmos motivos.

No caso da responsabilidade pelo dano (onde se incluem as acusações por danos morais) se caracterizada a culpa existe a necessidade de reparação, no entanto algumas dúvidas ainda pairam a respeito do assunto como é o caso do limite do tempo de prescrição da obrigação de reparação secundária aos danos provocados.

O novo Código Civil Brasileiro no seu art. 206, parágrafo 3º, inciso V tende a beneficiar o médico com a redução do prazo prescricional, inicialmente de vinte seis anos para apenas três anos, tendo como início o evento desencadeante. O período corresponde ao tempo que o paciente que se sente lesado possui para impetrar a ação judicial alegando algum tipo de erro ou seja, após o prazo de três anos como citado acima o médico está isento da obrigação da reparação do dano ⁽¹⁴⁵⁾.

Quando a mesma questão é vista sob a óptica do Código de defesa do consumidor em seu art. 27, este afirma que: “Prescreve em cinco anos a pretensão à reparação pelos danos causados por fato do produto ou do serviço, iniciando-se a contagem do prazo a partir do conhecimento do dano e de sua autoria” ⁽¹⁴³⁾.

Existe uma tendência dos tribunais brasileiros adotarem como referencia a lei que utiliza o maior período, beneficiando assim o paciente ⁽¹⁵³⁾.

Outro tema capaz de gerar um questionamento jurídico ocorre quando é levado em consideração o pouco conhecimento técnico e a condição financeira do paciente (principalmente no código do consumidor) ^(154, 155, 156, 157). A presença de tais condições provoca a inversão do ônus da prova o que obriga o profissional médico a provar sua inocência quando julgado por ato médico culposo, em uma ou mais de suas modalidades.

A responsabilidade subjetiva do médico somente será afastada nas seguintes situações:

- Quando ocorre culpa exclusiva do consumidor ou de terceiros.
- Em casos fortuitos que não tenham relação direta ou indireta com o fornecedor ou de força maior que surge após o ingresso do produto e circulação.

O código do consumidor assume grande importância na relação entre o médico e seu paciente por arbitrar conflitos relacionados à prestação de serviços, pode ser dividido em várias partes conforme o assunto abordado ⁽¹⁵⁸⁾:

Nos seus artigos de 1 a 7 apresenta uma parte introdutória e fala sobre os direitos do consumidor e disciplina os aspectos que envolvem as questões administrativas, penais e processuais nas relações de consumo.

Nos artigos 8, 9, 10 e 11 existe uma preocupação com as questões relacionadas à proteção a saúde e segurança do consumidor.

Uma terceira parte compreende os artigos 12,13 e 14 que trata da responsabilidade pelo fato do produto-serviço, ou seja, os danos causados ao consumidor por defeitos de concepção, de produção e de comercialização.

Finalmente os artigos 18, 19 e 20 focam a responsabilidade por vício dos produtos e serviços que é definida como qualquer atividade fornecida ao consumidor mediante a remuneração ⁽¹⁴³⁾.

Em uma situação em que a relação médico paciente é questionada sobre o foco da responsabilidade penal, ela segue os princípios do respeito às condutas que estão no código penal e o médico responde se é caracterizada sua culpa *stricto senso*, podendo também ser punido por crimes próprios relacionados diretamente a prática da medicina.

José Rodrigues Louzã ⁽¹⁵⁹⁾ ao estudar a gênese do erro distinguiu dois tipos de erros que chamou de honesto e culposo:

O erro honesto ocorre de forma acidental, é consequência de uma circunstância imprevisível não existe negligência na execução do procedimento ou do tratamento aplicado.

No caso do erro culposo os danos poderiam ter sido evitados sendo fundamental a ocorrência por parte do médico de negligência, imprudência ou imperícia. Na caracterização de um erro médico é vital a existência de um ato de negligência, imprudência ou imperícia por parte do médico de forma direta ou indireta para que seja aplicado o conceito de culpa levando prejuízo ao paciente.

Do princípio de culpa se baseia o Código de Processo Penal (CPP) na tomada de decisão através do art. 156, que dispõe, sem flexibilidade, que “a prova da alegação incumbirá a quem a fizer” ⁽¹⁴⁷⁾ porem em contra partida a análise da questão através do código do consumidor no seu mais importante parágrafo 4º do art. 14 conceitua-se que: “A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa” ^(143, 159).

Neste contexto é importante que os conceitos de imperícia, imprudência e negligência estejam bem caracterizados. No Código penal brasileiro ⁽¹⁴⁵⁾ eles são definidos como:

- Imperícia: “É a ignorância, incompetência, desconhecimento, inexperiência, inabilidade, falta de maestria na arte ou profissão”. Dos três elementos que caracterizam o erro médico, a imperícia é a que mais gera dúvidas levando a questionamentos na esfera judicial. Há controvérsia jurídica e doutrinária sobre o questionamento de um ato de imperícia por parte do um médico já que este está inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM), ou seja, habilitado a exercer a profissão sendo presumível que o profissional possua conhecimento da ciência médica.

A especialização médica surge neste contexto como fator esclarecedor para a dúvida de julgamento e esclarecimento de um dano por ato médico por imperícia. Quando o médico atua em uma determinada área específica da medicina é aconselhável a sua inscrição no Conselho Regional de Medicina e na sociedade de sua especialidade.

- Imprudência: “É a descuidada, descuido, prática de ação irrefletida ou precipitada, resultante de imprevisão do agente em relação ao ato que podia e devia pressupor.”
- Negligência: “É a falta de diligência, desídia, implicando desleixo ou preguiça, falta de cuidado capaz de determinar responsabilidade por culpa”. Sua forma mais grave é o abandono do paciente e a omissão de tratamento ⁽¹⁴⁷⁾.

Algumas situações são de difícil interpretação e causam dúvidas entre os conceitos de negligência e imprudência. No código de ética médica o art. 62: “É vedado ao médico prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente” ^(148, 151, 152). Neste caso independente da motivação que originou o erro médico não há exclusão do erro, e a comprovação da culpa pode ser baseada a partir dos dois elementos.

Ao tratarmos dos aspectos jurídicos que cercam a relação entre o médico e seu paciente é fundamental a questão do esclarecimento e do consentimento informado que dizem respeito diretamente ao princípio bioético da autonomia ^(160, 161).

O consentimento informado (ou pós-informado) deve ser registrado no prontuário do paciente e assinado pelo profissional, pelo paciente e, se possível, por duas testemunhas. O médico possui obrigação de fazê-lo antes de realizar qualquer tipo de intervenção, sua finalidade é de esclarecer aos pacientes de possíveis benefícios e riscos que envolvem o tratamento proposto.

O documento possui reconhecido mundialmente e a sua ausência pode configurar também a prática de má fé. Ele aumenta e fortalece a confiança do paciente no profissional,

serve para comprovação jurídica de que houve comum acordo para a realização do procedimento ou tratamento médico, defendendo assim o médico das penalidades previstas em lei: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”.

Quando ocorrem dentro das unidades hospitalares os conflitos podem receber a denominação de conflitos “éticos administrativos”. Eles surgem de problemas envolvendo o médico, seu paciente, familiar e possui relação direta ou indireta com os seguintes itens:

- A correta interpretação do que é o ato médico. No Brasil o conselho federal de medicina em seu artigo 1º resolução 1.627/2001 define o que é especificamente e divide os tipos de prevenção em primária, secundária e terciária ⁽¹⁵⁹⁾.
- A prescrição médica e a letra: questão abordada inclusive pelo novo código de ética médica.
- Os conflitos bioéticos entre o médico e o paciente com participação ou não dos familiares, geralmente envolve a reivindicação do direito do paciente sobre seu próprio corpo, às vezes entrando em conflito direto com as leis do país e o juramento profissional.
- O sigilo médico: para existir a quebra do sigilo basta que seja divulgada as informações do paciente a apenas uma pessoa que não esteja envolvida no tratamento do doente.
- O prontuário médico e as questões relacionadas ao seu preenchimento, liberação e acesso as suas cópias. O médico deve ser esclarecido no sentido de guardar as informações sobre o paciente por um período mínimo de cinco anos.

O aumento progressivo dos processos sob a alegação de erro médico e a necessidade de justificativas para a liberação de pagamentos por procedimentos realizados fez com que a função inicial do prontuário de registrar os dados de interesse médico sobre o paciente sofresse distorções, passando a servir como documento de prestação de serviços médicos (algumas vezes não condizendo com os procedimentos realizados) ou de funcionar como documento para defesa legal e ética nos casos de uma eventual acusação de erro.

Alguns autores atribuem ao sistema de saúde moderno o afastamento do médico do paciente e como conseqüência o aumento das pendências jurídicas. O médico, diferentemente

do cidadão comum, quando comete um erro, é passível de julgamento em duas estâncias: o da sua classe (Conselho de Medicina) e o da Justiça Comum sob o aspecto civil, penal e administrativo podendo sofrer sanções de uma das duas ou até mesmo das quatro simultaneamente.

Quando mencionamos a respeito da responsabilidade civil do médico, nos referimos ao dano de ordem material, moral ou estética que o profissional é obrigado a reparar e que teve relação com o ato praticado por ele.

A constituição da República Federativa do Brasil em 1988, estabeleceu que o estado possuía a obrigação de proteger o consumidor através de lei n 8078, de 11 de novembro de 1990, o Código de Defesa do Consumidor. O texto surgiu para regular as relações jurídicas de consumo e considera o consumidor o elo mais fraco na cadeia de consumo⁽¹⁶²⁾.

Com a ajuda do Código de Defesa do Consumidor (CDC), do novo Código Civil Brasileiro (CCB), dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais para o julgamento das infrações de menor potencial ofensivo as questões que envolviam a prestação de serviços se tornaram mais claras.

Infelizmente a deficiência na formação do médico principalmente a respeito dos aspectos relacionados à sua relação com o paciente e o desconhecimento das leis a respeito do assunto propicia um terreno fértil para a propagação dos processos.

4.13- A judicialização da medicina no Brasil: causa ou consequência nos tempos atuais?

O médico não depende apenas do seu conhecimento técnico e da sua destreza para resolução dos problemas relacionados à saúde do paciente. Ele sofre com o impacto direto de outros fatores que independem dele como o funcionamento da saúde pública, da disponibilidade de medicamentos, a exatidão dos exames laboratoriais e de imagem, dos convênios e dos planos de saúde além da segurança que os hospitais oferecem a seus pacientes.

Na suspeita de falha influenciando diretamente ou não o tratamento, todos estes fatores são colocados em segundo plano ou desconsiderados pelos meios de comunicação que popularizaram o erro médico independente da existência ou não de provas estimulando a prática indenizatória.

O Brasil passa por um período de judicialização da medicina em que o paciente e seus familiares acreditam que todo o entrave que surge no decorrer do tratamento deve ser resolvido através do poder judiciário.

A falta de uma relação médica paciente satisfatória faz com que a prestação de serviços médicos passe a ser percebida como uma simples relação de consumo entre o consumidor e seu prestador de serviços não levando em conta todos os aspectos complexos envolvidos na situação.

Em pesquisa divulgada recentemente pelo Superior tribunal de Justiça no Brasil, o número de recursos no período de 2002 a 2008 a respeito de erros médicos aumentou em 155%, comparado com anos anteriores existindo a perspectiva destes números se tornarem ainda maiores já que o tribunal possuía de janeiro de 2008 até outubro do mesmo ano 360 processos pendentes sobre o tema⁽¹⁶³⁾.

Os processos que tramitam nos tribunais brasileiros ainda são na maioria relacionados a responsabilidade do médico e não das instituições onde trabalham ou que possuem algum tipo de vínculo porém existe uma tendência a este cenário se modificar em breve^(164,165).

Para os especialistas que acompanham o problema este fenômeno pode ser atribuído basicamente a três fatores: deficiência no sistema de ensino médico, maior conscientização da sociedade (as pessoas estariam reclamando mais) e limitações impostas pelo sistema público e privado de saúde. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) admite que a má-formação profissional dos médicos e a falta de condições de trabalho realmente estão contribuindo para estatísticas tão alarmantes⁽¹⁶⁶⁾.

Segundo reportagem do ano de 2002 da Folha de São Paulo, importante veículo de comunicação jornalístico no Brasil, após a avaliação de cinco indicadores (quatro deles estatísticos e um informal), foi observado um aumento significativo de processos e denúncias de erros médicos⁽¹⁶⁷⁾.

Na pesquisa foram computados processos julgados pelo CFM (Conselho Federal de Medicina), denúncias feitas ao CRM-SP (Conselho Regional de Medicina de São Paulo), julgamentos de casos pelo órgão, evolução do número de médicos considerados culpados e também as reclamações feitas à Associação das Vítimas de Erros Médicos de São Paulo. O aumento do número de casos verificados alterou de 30% para mais de 200%.

O artigo mais citado nas acusações é o 29º do Código de Ética Médica que prevê punição àquele que "praticar atos profissionais danosos ao paciente que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência"⁽¹⁶⁸⁾.

Nos anos de 1990 a 1999, o conselho julgou por ano a média de 20 casos relativos à infração deste artigo enquanto que em 2000 e 2001, a média de julgamentos subiu para 49 por ano aumentando mais de 140%.

O artigo 2º do código: "O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional" também tem sido utilizado principalmente em situações que houve falha no procedimento, mas não se pode dizer com precisão qual foi à falha determinante.

Os julgamentos com base nesse artigo aumentaram da média anual de dez casos de 1990 a 1999 para 30 na média de 2000/2001 (um crescimento significativo de 200%)⁽¹⁶⁷⁾. O conselho federal de medicina tem mantido em sigilo o resultado destes julgamentos não divulgando para a mídia seus veredictos, o que dificulta bastante a obtenção da informação precisa.

No Estado de São Paulo, onde se concentram cerca de 1/3 dos médicos do Brasil, os dados do CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) apontam para o aumento das denúncias, dos julgamentos e da quantidade de médicos considerados culpados.

Entre 2000 e 2006, o número de médicos denunciados aumentou 75%, bem acima da taxa de crescimento de médicos inscritos e da taxa decréscimo da população no período estudado. O número de processos em andamento cresceu 120%, sendo a cirurgia plástica a especialidade mais processada conforme os dados do CREMESP⁽¹⁶⁹⁾, ficou comprovado que 35% das denúncias e 43% dos processos estavam relacionados à suposta negligência, imperícia ou imprudência do profissional. Em média, mais de um médico por dia é julgado pelo CREMESP, sendo que nos sete anos 1.250 médicos foram punidos após o julgamento.

No ano 2000 cerca de 2.023 médicos foram denunciados enquanto que em 2006 o número subiu para 3.569. O aumento de denúncias contra médicos também pode ser conferido, nas informações fornecidas pela *Associação das Vítimas de Erros Médicos*⁽¹⁷⁰⁾ - uma ONG de São Paulo que mantém uma estrutura organizada com voluntários e tem como objetivo receber reclamações e orientar pacientes quanto aos seus direitos. Os dados apresentados indicam que o número de reclamações/dia e denúncias subiu de 49 para perto de 180/dia no ano de 2009.

Cercado cada vez mais de desconfiança por parte do paciente e seus familiares a situação do médico possui uma perspectiva difícil no que diz respeito ao exercício da sua profissão: convivendo com condições de trabalho precárias tanto na área pública quanto particular, ele vem sofrendo pressão da indústria sensacionalista e indenizatória que não se

preocupa com os motivos que levaram ao suposto erro ou com a veracidade dos fatos deixando que toda a responsabilidade caia nele ^(171, 172, 173).

5- DISCUSSÃO

A relação médico paciente diante da sociedade atual é vista como um contrato social, um processo dinâmico que sofre influência direta das suas transformações.

O médico, antes figura onipotente que detinha o poder de avaliar e decidir a qualidade dos cuidados prestados cujas ações eram inquestionáveis agora convive com uma nova realidade: o paciente que compartilha das decisões que serão tomadas sobre o seu corpo.

Existe um enfoque cada vez maior da mídia sobre questões sociais e da saúde pública com influência marcante da imprensa sensacionalista que explora o tema considerado extremamente polêmico e atraente para os leitores: o erro médico⁽⁹⁶⁾.

A essência da formação médica se manteve quase inalterada desde os tempos de Hipócrates se adaptando de forma lenta aos novos dilemas gerados pelo desenvolvimento tecnológico e as alterações sofridas pela sociedade sejam no aspecto relativo às leis, social ou econômico.

Os médicos na sua maioria demonstram um despreparo ao lidar com as novas exigências dos pacientes assim como com a terminalidade da existência humana. Este fato marcante em grande parte se deve ao fato da deficiência na formação médica de abordar de forma correta assuntos polêmicos em seus currículos durante a formação do estudante de medicina.

É muito importante que o profissional de saúde reconheça suas dificuldades e que esteja preparado para o enfrentamento de situações inexoráveis, sempre procurando manter uma conduta ética e humana sem perder de vista os avanços científicos disponíveis.

Na medicina mundial a “cura” a qualquer preço divide espaço com a busca da manutenção da qualidade de vida do paciente, a relação entre o médico e seu paciente se encontra em grosso modo frágil e lábil e não é rara a ocorrência de processos judiciais nos quais os profissionais de saúde são acusados de ter cometido um erro médico por negligência, imperícia e imprudência.

Algumas vezes as acusações ocorrem sem nenhum embasamento técnico tendo como motivação apenas uma insatisfação gerada a partir da prestação do serviço.

Se por um lado a maior cobrança exerce um efeito positivo melhorando o exercício da profissão e exigindo do médico uma atualização constante de seus conhecimentos, ela também provoca situações que nos fazem pensar na necessidade de criar comissões profissionais e varas judiciais especializadas na tentativa de mediar e até mesmo julgar as

causas tendo por base os conhecimentos jurídicos e científicos condensados em protocolos e validados por câmaras técnicas para ser julgada a luz das leis e normas vigentes.

A medicina é uma das mais nobres e difíceis das profissões muitas vezes comparada a um sacerdócio, por esta razão quando avaliarmos a atitude do médico devemos levar em consideração o seu mérito profissional.

A morte com o passar do tempo deixou de ser um evento natural. Nos dias de hoje, principalmente nas sociedades ocidentais, ela passou a representar o esgotamento dos recursos tecnológicos em pacientes muitas vezes sem a menor qualidade de vida que povoam as unidades hospitalares por dias, meses ou até anos sofrendo sem perspectivas a um custo incalculável.

O processo de globalização levou o indivíduo a ter o tempo como o seu bem mais precioso dificultando assim a sua forma de se relacionar (ver, ouvir, falar, sentir) em especial o médico quando se trata da sua relação profissional com o paciente.

A utilização da tecnologia disponível sobrepujou a opinião médica e assumiu um papel determinante para a qualidade da prestação de serviços em saúde deixando em um segundo plano o exame do paciente e a sua história registrada sob a forma de uma anamnese.

Mesmo o indivíduo despreparado e fragilizado passou a ter acesso indiscriminado à informação, essa nem sempre correta ou aplicável em seu caso, quase que imediatamente após o seu surgimento tornando ainda mais complexa relação.

O médico no passado possuía tempo para conhecer o paciente e seus familiares, porém com a massificação do atendimento, o doente passou a ser institucional, aumentando a distância entre eles ⁽⁸⁾.

No Brasil dificilmente o médico é bem remunerado pelo estado, não possui tempo para si e vive diariamente com a preocupação de sustentar sua família.

O grande volume de informação acumulado durante os anos na área médica também influenciou o médico fazendo com que ocorresse uma substituição da medicina generalista pela especialista. O profissional de saúde passou a não enxergar o paciente como um todo e passa a tratar apenas o órgão ou sistema orgânico com problema de funcionamento distanciando ainda mais a relação.

No Brasil, a quebra da relação médico paciente consiste na principal causa de processos por alegação de erro na conduta provavelmente devido à ação direta das diversas transformações que ocorreram dentro do sistema de saúde brasileiro seja o público, que atravessa dificuldades financeiras, de recursos humanos e tecnológicos ou da medicina

particular com uma demanda excessiva e preocupada com os custos relacionados ao atendimento do cliente.

O sucateamento do serviço público de saúde no Brasil, o aumento da expectativa de vida atrelado a baixa remuneração dos seus profissionais, o déficit de pessoal qualificado e a dificuldade do usuário de dispor dos recursos oferecidos, está gerando um aumento da demanda para o setor privado que, sobrecarregado também sofre controle estrito por parte da sua agência reguladora (ANS) e passa a ocupar um lugar no sistema de saúde brasileiro que não lhe cabe.

A medicina privada adquire um caráter complementar ao invés de suplementar como o planejado. Os consultórios e hospitais privados passam a possuir filas de pacientes “impacientes” e a judicialização da medicina incitada pelos meios de comunicação contribui ainda mais para a derrocada da frágil relação.

Os novos meios de comunicação como a internet ainda não apresentam bem definidas as suas regras de utilização por parte do médico e dos usuários. Estes desconhecem na maioria das vezes a legislação quanto ao seu uso.

O desconhecimento das leis contidas no código do consumidor, penal, civil e de ética por parte dos médicos contribui para o agravamento da situação. Há inexistência de um código específico que possa mediar as complexas relações de prestação de serviço entre o médico e o paciente.

A medicina passa por período conturbado, o foco que antes era o tratamento do paciente e da sua moléstia agora envolve aspectos financeiros, sociais, políticos e científico.

Ao estudarmos a questão moral na atividade do médico descobrimos que esta envolve vários conceitos que obrigam o profissional a desenvolver uma conscientização da responsabilidade sobre o doente e à reparação de eventuais danos causados a ele. A evolução do conhecimento e o aperfeiçoamento do sistema jurídico da sociedade modificaram a visão sobre a profissão médica e suas repercussões sobre a vida do paciente.

Nesta relação cada vez mais confusa sem regras bem definidas, os hospitais e planos de saúde também acabam sendo envolvidos nos processos como co participantes porque permitem que eles exerçam suas atividades dentro de suas instalações ou indicam seus serviços.

6- CONCLUSÃO

A sociedade passou a ser influenciada pela impessoalidade do atendimento médico em serviços públicos, da rede de convênios e planos de saúde, pelos meios de comunicação e pela globalização do conhecimento através da Internet obtendo uma visão “turva“ da medicina e do médico e contribuindo para o surgimento de um paciente bem informado, todavia com uma visão negativa e pessimista do sistema. Como agravante o conhecimento disponibilizado pelos meios de comunicação apresentam grande quantidade de erros induzindo o leigo a um raciocínio incorreto.

O paciente está interessado em compreender sua doença e participar nas decisões sobre seu tratamento, porém o excesso de informação em associação com seu estado de saúde e fragilidade emocional fazem com que muitas vezes ele procure o erro acima até da possibilidade de cura para justificar seus infortúnios, fomentado cada vez mais pela indústria das indenizações.

Quanto aos profissionais de saúde, estes também apresentam muita dificuldade em aprender com suas falhas, na maioria das vezes buscam apenas a eficiência da prestação dos serviços desempenhando uma vigilância individual dos processos que ocorrem durante o tratamento. Os esforços se concentram para as resoluções imediatas dos problemas e deixam a desejar no aspecto da prevenção através da busca e análise das razões que motivaram o surgimento das falhas.

Cabe ao gestor monitorar estas relações dentro de seus hospitais, buscando uma relação custo efetividade com medidas com o intuito de fortalecer a relação entre o médico e seus clientes, esclarecendo os direitos e deveres dos personagens envolvidos na relação (*Just culture*), desenvolverem uma cultura organizacional de relato de erros (*reporting culture*) além de procurar se adaptar às exigências do mercado, desenvolvendo paralelamente uma cultura de aprendizado baseado nos seus erros e acertos capaz de ser transmitida para toda a organização de forma clara e eficiente. Desta forma o objetivo a ser alcançado é proporcionar um atendimento correto eficiente, digno de qualidade além evitar danos a imagem e prejuízos financeiros secundários aos processos médicos.

BIBLIOGRAFIA

1. Kalish R, Reynolds D. Death and ethnicity: a psycho-cultural study. Los Angeles: University of Southern California Press, 1976.
2. Veatch R M. Modelos para a medicina ética na era revolucionária. Hastings Cent Rep; 2 (3):5-7, 1972.
3. Nigri, A. L. O atuar médico, direitos e obrigações. Editora Rubio, Rio de Janeiro; 104 p, 2008.
4. VERGARA, S. C. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 9º Edição Ed. Atlas S.A, São Paulo, 2007.
5. COUTINHO, L. A. Aborto em casos de anencefalia: crime ou inexigibilidade de conduta diversa? Jus Navigandi, Teresina, ano 10, nº. 617, 2005. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/6423>>. Acesso em: 23 mar. 2011.
6. Azevedo, A. G. de. Fatores que orientam a escolha do curso médico. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro: v. 29, n. 3, p. 217-221, 2005.
7. Zaidhaft S, Batista A. D, Rego G. C. Morte e formação médica. CriticalCareMedic; 27(8):1626-1633, 1999.
8. Kovács. M. J. Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In Cassorla. R.M.S. (Ed): Da morte: estudos brasileiros. Campinas, Papyrus, 79-103, 1991.
9. Simmel E. et all. The doctor game illness and profission of medicine. Int L Psychoanal, (7) 470-83, 1926.
10. Lief. H.T. Personality characteristics of medical students. in: Coombs RH, Vicent CE (Eds). (1971). PsychoSocial aspects of medical training. Springfield: Thomas.
11. GAUDERER, E. C. Os direitos do paciente – um manual de sobrevivência. Rio de Janeiro: Record, 2ª edição, p. 150, 1991.
12. Carneiro. M. B. et all. O médico e seu trabalho: resultados da região Sudeste e seus estados. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 188 p, 2005. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/medico_e_seu_trabalh_o/regiao_sudeste/Sudeste. Acesso feito em 08/03/2011.
13. Millan, L.R e Arruda, PCV. Assistência psicológica ao estudante de medicina: 21 anos de experiência. Revista Associação Médica Brasileira; 54(1): 90-4, 2008.
14. Vianna A. e. Piccelli, H O estudante, o medico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. Revista Associação Médica Brasileira; 44(1): 21-7, 1998.
15. CONEE, E; SKIDER, T Riddles of Existence Londres: Clarendon Press, 2005.
16. LOCKE, J. E; Concerning Human Understanding Berkeley: University of California Press, 1975.
17. SILVA, M. J. A. “Um Galo a Asclépio” in Filosofia Especial ano II nº7. São Paulo, Ed. Escala, 2009.
18. NASSETTI. P. Aforismos. Hipócrates. Coleção A Obra Prima de Cada Autor, 166. Editora Martin Claret, 2008.
19. CAIRUS, H “Natureofman Corpus hippocraticum”; Hist.Cienc.Saúde-Manguinhos vol. 6, nº 2, pp 395-430, 1999.
20. HACK, O C. e SILVA, M J A. “Pré-socrático-desbravadores do universo” in Filosofia Especial nº1 São Paulo Ed. Escala, 2007.
21. HIPÓCRATES, Conhecer, cuidar, amar: O juramento e outros textos. São Paulo: Landy Editora, 2002.
22. ARANHA, M. L. de A.; MARTINS, M. H. P. Filosofando: introdução à filosofia. São Paulo: Moderna, 1993.

23. MURRAY, R. Section I. Hystory. In Raffle et al (eds), op. cit. p113, 1987.
24. MENDES,R;DIAS, E.C. Da medicina do trabalho `a saúde do trabalhador. Revista de Saúde Publica,(S. Paulo) 25(5),pp341-349 1991
25. FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão; tradução de Rachel Ramalhete. 37. ed .Petrópolis, RJ:Vozes, 2009.
26. GRAÇA, L. Europa: Uma Tradição Histórica de Proteção Social dos Trabalhadores. II Parte: O Nascimento da Medicina do Trabalho; Disponível em www.ensp.unl.pt/1graca/textos31.html. Acesso feito em 27 fev/2011.
27. GADAMER, H. G. Verdade e Método (Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica) Rio de Janeiro, Ed vozes, 2004.
28. SUSAN J. D, JOHN D. L e JAMES A. T; Cardiopulmonary Resuscitation On Television ,Miracles And Misinformation, N ENGL J MED;1578-1582-6, 1996.
29. DALMASO, A. S. W. Análise de transformações da técnica em Medicina: reflexões sobre uma proposta metodológica. Interface _Comunicação, Saúde, Educação, v.4, n.6, 2000.
30. ZAMPIERI JÚNIOR, S e ZAMPIERI, A M. Erro médico: semiologia e implicações legais. Jus Navigandi, Teresina, ano 3, n. 26,1998. jus.uol.com.br/revista/texto/1866. Acesso em 6 jun 2009
31. GONÇALVES M. M. Relação Médico/Paciente: profilaxia da denúncia contra o profissional. CRM-MG/ Belo Horizonte; p.13-5, 2000.
32. CARDOSO LF, ENGELMANN V. Fatores predisponentes ao erro médico: um estudo qualitativo da relação médico-paciente; Disponível em: www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/erromedico. Acesso em 15 out. 2009
33. FARIAS ES. Um enfoque sobre o erro médico; 2004. Disponível em: www.uj.com.br; Acesso em 21 out 2009.
34. LIMA. M. R. Responsabilidade profissional. In: PITTA. G. B. B, CASTRO. A.A, BURIHAN E, (2003). Angiologia e cirurgiavascular: guia ilustrado. Maceió: UNICSAL/ECMAL & LAVA; Disponível em: www.lava.med.br/livrohttp. Acesso em 25 out 2009.
35. SANTOS FILHO, L. C. História geral da Medicina brasileira Ed.Hucitec - Editora da Universidade de São Paulo, v.I, p.5-13, 1991.
36. ALENCASTRO, L F. Vida e ordem privada no Império. In: ALENCASTRO, L F. História da vida privada no Brasil - Império: a corte e a modernidade nacional. São Paulo: Companhia das Letras, p.80, 1997.
37. COMTE, A. Coleção Os Pensadores, Abril Cultural, São Paulo, 1974.
38. FOUCAULT. M. O nascimento da clínica [Naissance de La clinique]. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p.2, 1994.
39. TELATOROLLI JÚNIOR, R. Poder e saúde: as epidemias e os serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: UNESP, p.15, 1996.
40. CAMPOS, G,W. A saúde Pública e a defesa da vida. São Paulo: Ed Hucitec, 1991.
41. ARAÚJO, F. C da S (2005): Seguridade social; <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto>. Acesso 22 out 2009.
42. PEREIRA NETO, A. F. “Identidades profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos Práticos, Brasil, 1922”; Rio de Janeiro, CAD. Saúde Pública, v.16, n.2, 2000.
43. DECRETO Nº 4.682, DE 24 DE JANEIRO DE 1923; Disponível em: www.jusbrasil.com.br/legislacao/103693/decreto-4682-23. Acesso 22-10-2009.

44. LEI Nº 3.807, DE 26 DE AGOSTO DE 1960 Disponível em: www.soleis.adv.br/previdenciasocialeiorganica; Acesso 22-10-2009.
45. PEREIRA FILHO, L.T Iniciativa privada e saúde; USP - Estudos Avançados-Dossiês Saúde Pública, 13 (35), 1999.
46. BRASIL, Ministério da Saúde. (1998) Departamento de saúde suplementar: Principais competências: Brasília, 92p.
47. CARVALHO, A.I. (1995) Conselhos de Saúde no Brasil, Rio de Janeiro, IBAM/FASE.
48. NOGUEIRA, R.P. Perspectivas da Qualidade em Saúde, Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.
49. ROSEN, G. (1994) Uma História da Saúde Pública. São Paulo: Hucitec UNESP/ABRASCO.
50. CAMPOS, P, M. Reforma da Reforma: Repensando a saúde. São Paulo. Ed Hucitec, 1992.
51. OPAS/OMS. (1998) A Saúde no Brasil, Brasília, Quick Printer, p.51-57.
52. BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica Sistema Único de Saúde (NOB/SUS/96). Portaria nº2.203 de 05 de novembro de 1996.
53. CAMPOS, G W. (1991) A Saúde Pública e a Defesa da Vida. São Paulo: Hucitec.
54. LUZ, M.T. As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Ed Graal, 1979.
55. LUCHESE, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da Assistência à Saúde no Brasil: A Implementação do Sistema Único de Saúde – Retrospectiva 1990/1995. Planejamento e Políticas Públicas, IPEA, BSB, nº14:75-156, 1996.
56. BRASIL, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado: Brasília, 86p, 1995.
57. BRASIL. ANS. Disponível em <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso 27 out 2009.
58. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans>. Acesso 27 out 2009.
59. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: Entenda o setor: Classificação das Operadoras. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/entenda_setor. Acesso em 27 out 2009.
60. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: Entenda o setor: Impactos da regulamentação. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal>. Acesso em 27 out 2009.
61. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: Entenda o setor: Impactos da regulamentação. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal>. Acesso em 27 out 2009.
62. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: Entenda o setor: Planos quanto à data de assinatura. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal> Acesso em 27 out 2009.
63. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: Entenda o setor: Planos quanto ao tipo de cobertura assistencial. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal>. Acesso em 27 out 2009.
64. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: Entenda o setor: Planos quanto à abrangência geográfica. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal>. Acesso em 27 out 2009.
65. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: Entenda o setor: Planos quanto à organização da rede de serviços. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal>. Acesso em 27 out 2009.

66. BAHIA, L. O mercado dos planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pósregulamentação. Campinas: Ed. UNICAMP, 2001.
67. ANS: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (2003) A evolução da regulamentação do setor de saúde suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em 27 out 2009.
68. ANS: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: Regras de funcionamento do setor. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em 27 out 2009.
69. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: Entenda o setor: Impactos da regulamentação Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em 27 out 2009.
70. Rueff, M do C, O segredo médico como garantia de não-discriminação. Estudo de caso: HIV/SIDA. Coimbra, Coimbra Editora e Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2009.
71. ANNAS, G. J. The Rights of Patients-The Authoritative ACLU Guide to the Rights of Patients, New York and London, New York University Press, 3 ed, 2004.
72. WILSON R. M et all. The quality in Australian health care study. Med J Aust; 163:458-71, 1995.
73. EUROPEAN COMMISSION WEBSITE On Patient Safety. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/patient_safety. Acesso em 27 de out 2009.
74. Fragata José I. G. A segurança dos doentes– Indicador de Qualidade em Saúde. Rev Port Clin Geral; 26:564-70, 2010.
75. REASON, J. Human Error: models and anagement. BMJ;320:768-70, 2000.
76. VINCENT C. Patient safety: understanding and responding to adverse events. N Engl J Med; 348:1051-6, 2003.
77. FRAGATA J. e MARTINS L.O Erro em Medicina perspectivas do individuo da organização e da sociedade 2 ed, Coimbra Editora Almedina, 2006.
78. World Alliance for Patient Safety forward programme 2005. Geneva: World Health Organization, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety>. Acesso em 30, janeiro 2009.
79. O'Neill, O. Autonomy and Trust in Bioethics; Cambridge, Cambridge University press, 2002.
80. Woods A, Doan-Johnson S. Executive summary: toward a taxonomy of nursing practice errors. Nurs Manage;33:45-48, 2002.
81. LEAPE L.L, et all. The nature of adverse events in hospitalized patients - Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med; 324:377-84, 1991.
82. Wilson RM, et all. The quality in Australian health care study. Med J Aust; 163:458-71, 1995.
83. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Press Academy, 1999.
84. KRISTENSEN. S, MAINZ. J, BARTELS. P. (2007) Patient Safety – a Vocabulary for European Application. Aarhus, Denmark: SIMPATIE European Society for Quality in Healthcare – Office for Quality Indicators. Disponível em: www.simpatie.org. Acesso em 8 fevereiro , 2009.

85. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal (BMJ)*, 322:517-9, 2001.
86. INSTITUTE OF MEDICINE. (2003) *Patient Safety: Achieving a New Standard of Care*. Washington, DC: National Academy Press.
87. SIMPATIE Project: Results of the workpackages of the project. Disponível em: <http://www.simpatie.org>. Acesso 8 fevereiro, 2009.
88. The World Alliance for Patient Safety. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety>. Acesso em janeiro 28, 2009.
89. Capstick B. Incident reporting and claims analysis. *Clinical Risk*, 1: 165-167, 1995.
90. SHERMAN H, CASTRO G, FLETCHER M. The World Alliance For Patient Safety Drafting Group on Behalf of The World Alliance for Patient Safety, et al. Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. *Int J Qual Health Care*; 21:2-8, 2009.
91. THOMSON R. et al, On behalf of The World Alliance for Patient Safety. Towards an International Classification for Patient Safety: a Delphi survey. *Int J Qual Health Care*; 21:9-17, 2009.
92. Brennan TA, Leape LL, Laird N, et al. The Nature of Adverse Events in Hospitalised Patients; Results of the Harvard Medical Study I. *New England Journal of Medicine*. 324: 370-376, 1991.
93. GALLI M, Até a hora do bom fim, *Revista filosofia* disponível em <http://conhecimentopratico.uol.com.br>. Acesso em 15/6/2010.
94. WEINGART S.N, et all. Epidemiology of medical error. *BMJ*; 320:774-7, 2000.
95. VINCENT C. Patient safety: understanding and responding to adverse events. *N Engl J Med*; 348:1051-6, 2003.
96. RUNCIMAN W, et all. On behalf of The World Alliance for Patient Safety. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*; 21:18-26, 2009.
97. GOLDIM, J R e FRANCISCONI, C F (1999). Modelos de relação médico-paciente. Disponível em: <http://bioetica.ufrgs.br>. Acesso em 12 out 2009.
98. Emanuel E, Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*; 267(16):2221-2226, 1992.
99. PEREIRA, C e TARANTINO M (2009): O poder do paciente; *Revista ISTO É. Edição 2083* disponível em: http://hepato.com/p_geral/poder_do_paciente_20091013. Acesso 22-10-2009.
100. The Empowered Patient. Disponível em: <http://www.theempoweredpatient.com>. Acesso em 12 de dez 2009.
101. Empowered Patient Coalition. Disponível em: <http://www.empoweredpatientcoalition.org>. Acesso em 12-nov-2009.
102. Informação médica da internet: pacto com o diabo ou o Santo Graal? *Bmj* 2009; 338:718-719; Disponível em: <http://www.medcenter.com> Acesso 22 de out 2009
103. *Arch Pediatr Adolesc Méd.* (2000); 154:508-511.
104. SABBATINI, R. M. E, (1998) Quantidade versus Qualidade disponível em: <http://www.informaticamedica.org.br> Acesso em: 22 de out 2009.
105. SABBATINI, R. M. E, (1999) Procurando Informações Médica na Internet Disponível em: <http://www.informaticamedica.org.br>; Acesso 22 de out 2009.
106. Moreira, M: (2008) Utilização da internet para acesso a informações médicas é notícia no *Jornal Nacional*. Disponível em: <http://www.hidoctor.com.br> Acesso 22 de out 2009.

107. Wu RC, et all. Pilot study of an Internet patient-physician communication tool for heart failure disease management. J Med Internet Res. Mar 26;7 (1):ed 8, 2005.
108. Randeree E. Explorando os impactos da tecnologia da Saúde 2,0 iniciativas. Telemed Saúde JE. Apr; 15 (3):255-260, 2009.
109. Eysenbach G, Köhler C. Health-related searches on the Internet. J Am Med Assoc; 291(24):2946, 2004.
110. Hughes Benjamin, Joshi Indra, Wareham Jonathan. Health 2.0 and Medicine 2.0: tensions and controversies in the field. J Med Internet Res. 10 (3): e 23, 2008.
111. SALLES. C. Viagem ao centro da terra, história viva especial céu e inferno, São Paulo Ed Duetto; nº 25, 2009.
112. MARTON, S. A transvalorização dos valores, São Paulo, editora moderna, 2006.
113. MARTON, S. “A morte como instante de vida” in Filosofia ano III nº 32 São Paulo, Ed. Escala, 2009.
114. GALLI, Marcelo “Até a hora do bom fim” in Filosofia nº 19 São Paulo Ed. Escala educacional, 2009.
115. OLIVEIRA, M. F e CALLIA, M. H. P. Reflexões sobre a morte no Brasil, São Paulo, Ed Paulus, 2005.
116. GOLDSCHMIDT, V. A religião de Platão. São Paulo: Difusão européia do livro 1963.
117. SARAMAGO, J. As Intermitências da Morte, São Paulo; Ed. Companhia das Letras, 2006.
118. MASQUELIER, Y-T. As visões de vishnu, Buda e Lao-Tsé, história viva especial céu e inferno nº 25, São Paulo Ed Duetto, 2009.
119. CHEVÉ, J. O que sobrou do céu, história viva especial céu e inferno nº 25, São Paulo Ed Duetto, 2009.
120. LENOIR, F. Vida após morte, história viva especial céu e inferno nº 25, São Paulo Ed Duetto, 2009.
121. GIROTTI, M. T. “Purificação da Alma: A FILOSOFIA como preparação para a MORTE” in Filosofia ano III nº32 São Paulo Ed. Escala, 2009.
122. MONTAIGNE, M. “De como filosofar é aprender a morrer” In: Ensaio 1º Ed. São Paulo: Abril cultural, (coleção Os Pensadores, XI), 1972.
123. Espinosa, Baruch. - Obras Diversas. Coleção Os Pensadores, Editora Abril Cultural, São Paulo, 1988.
124. Lakatos, I., Musgrave, A. "Problems in the Philosophy of Science", Amsterdam, Nort-Holland, p.1-39, 1968.
125. GODOY, Arnaldo Sampaio de Moraes. Direito e literatura: Montesquieu, Swift e Lima Barreto. Misanthropia jurídica nas Cartas Persas, nas Viagens de Gulliver e na República dos Bruzundangas. Jus Navigandi, Teresina, ano 12, n. 1466, 7 jul. 2007. Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/10100>. Acesso em: 4 abr. 2011.
126. Voltaire, Dicionário Filosófico, ed Martin Claret, Sao Paulo, 2002
127. Foucault, Michel, História da Sexualidade - Vol. 1 - A Vontade de Saber, Ed Graal, São Paulo, 2009.
128. CORRÊA, J. A, Morte - Col. Filosofia Frente & Verso, São Paulo, Ed. Globo, 2008.
129. KUBLER-ROSS, E. Tradução: MENEZES. P. Sobre a morte e o morrer. São Paulo, Martins Fontes, 2000.
130. Drumond, J G de F. Bioética e direito médico - o princípio da beneficência na responsabilidade civil do médico, Unimontes Científica, Monte Claros vol.1 nº1;

- 1- 8, 2001.
131. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica; Resolução nº 1.246/88, de 08.01.88; Diário Oficial da União de 26.01.88; <http://www.crmpe.com.br>; Acesso em: 6 jun 2009.
 132. COSTA SIF, PESSINI L. Ética e medicina no limiar de um novo tempo:alguns desafios emergentes. In: MARCÍLIO ML, RAMOS EL, Ética na virada do milênio: busca do sentido da vida. 2ª ed. São Paulo; p 295, 1999.
 133. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA: Novo código muda realidade em hospitais. Brasília, Ano XXV, n. 184, Ética médica, p.6, maio, 2010.
 134. CREMERJ (Conselho regional de medicina do Estado do Rio de Janeiro): Código de ética medica e legislação dos conselhos de medicina, 80p, 2010.
 135. CFM RESOLUÇÃO Nº 1.931/2009 Código de Ética Médica.
 136. GARBIN, H. PEREIRA NETO, A. e GUILAM, C. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica, Interface. Comunicação, Saúde e Educação, v. 12, p. 579-588, 2008.
 137. SILVA, A. L. M. O dano moral e a sua reparação civil. São Paulo: RT, p. 65, 1999.
 138. BRASIL. Lei no 9.099, de 26 de setembro de 1995. Juizados Especiais Cíveis e Criminais.
 139. FRANÇA, G. V de. Direito Médico. 6ª ed., Fundo Editorial Byk-Prociencx, São Paulo, 1994.
 140. MASON J.K, SMITH, R. A. McCall e LAURIE, G.T. Lawand Medical Ethics, 6 ed, London,etc., LexisNexis Butterworths, 2002.
 141. BRASIL. Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor.
 142. JONSEN, A. (1998), The Birth of Bioethics, NewYork, Oxford University Press
 143. BRASIL. Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União.
 144. Código de Processo Ético-Profissional – Resolução CFM 1.617/2001.
 145. BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Institui o Código de Processo Penal. Diário Oficial da União.
 146. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988.
 147. BRASIL. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina. Diário Oficial da União.
 148. TIMI. J. R. B e MERCER. P. G. Responsabilidade civil do médico e processo civil. J VascBr; 2: 248-52. 2003.
 149. CARVALHO B R de, e col. Erro Médico: Implicações Éticas, Jurídicas E Perante O Código De Defesa Do Consumidor. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 15 (6):539-546, 2006.
 150. PEREIRA L.A. Responsabilidade ética e o processo ético--profissional dos conselhos de medicina do Brasil. Revista AMRIGS. 47:115-8, 2003.
 151. UDELSMANN. A e GABIATTI J. R. E. Responsabilidade civil e ética dos médicos: as queixas em tocoginecologia no CRM-SP. Femina32(7): 553-61, 2004.
 152. SOUZA, Neri Tadeu Câmara. Teoria da culpa no erro médico. Jus Navigandi, Teresina, ano 6, n.º 49, 2001. Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/614>. Acesso em: 22 mar. 2011.

153. CALADO V. N. (2003) A prescrição do erro médico no Novo Código Civil. Disponível em: <http://www.uj.com.br/publicacoes/doutrinas>. Acesso em 10 out 2009.
154. SOUSA, F. T. de. Responsabilidade civil do médico. Jus Navigandi, Teresina, ano 8, n. 152, 5 dez. 2003. Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/4523>. Acesso em: 23 mar. 2011.
155. KFOURINETO, M. A Responsabilidade civil do médico. 7. ed. São Paulo: RT, 2010.
156. DO RIO APA, L. V. G. Responsabilidade civil do médico sob o enfoque do CDC e do CPC. Boletim Jurídico, Uberaba/MG, a. 5, nº 540. Disponível em: <http://www.boletimjuridico.com.br> Acesso em: 23 mar. 2011.
157. DANTAS, E.V. dos S. O exercício da medicina e o Código de Defesa do Consumidor. Aspectos atuais do direito brasileiro e espanhol. Jus Navigandi, Teresina, ano 8, nº 63, 2003. Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista>. Acesso em: 18 mar. 2011.
159. 158. NERY J.R, N. Código Brasileiro de Defesa do Consumidor comentado. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense 2001.
160. LOUZÃ J. R. Documentos médicos: aspectos éticos e legais. In: EGRE M e COHEN C. Bioética. São Paulo: Edusp, 1999.
161. SOUZA, Neri Tadeu Câmara. Erro médico e consentimento informado. Jus Navigandi, Teresina, ano 9, nº 337, 9 jun. 2004. Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/5311>>. Acesso em 15 out. 2009.
162. HENTZ, A S(2009). A relação médico-paciente e o dever de informar. Jus Navigandi, Teresina, ano 14, nº 2146. Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista>. Acesso em 12 out 2009.
163. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988: <http://www.planalto.gov.br> Acesso em 12 out 2009.
164. Supremo Tribunal da Justiça do Brasil, (2008): Aumentaram em 155% os processos por erro médico; <http://www.stj.gov.br>. Acesso em 10 out 2009.
165. Supremo Tribunal da Justiça do Brasil (2003): Erro médico: dever de indenizar é solidário entre hospital, plano de saúde e equipe médica: <http://www.stj.gov.br> Acesso em 13 out 2009.
166. GANDIN, L. Ação de indenização por erro médico-hospitalar. Jus Navigandi, Teresina, ano 5, nº 39, 2000. Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/16050>. Acesso em: 18 mar. 2011.
167. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Código de ética médica: e textos sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo: CREMESP; 2001.
168. Caversan L. Aumentam os processos contra médicos. Folha de São Paulo 2002 maio 29; Sec. Cotidiano C1.
169. DIAS, V. (2008), Aumenta o número de ações por erro médico, Gazeta do povo, 14 de novembro Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br>. Acesso em 23 mar 2011.
170. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) 9 de outubro de 2007: Denúncias e processos relacionados ao exercício profissional da medicina no Estado de São Paulo no período de 2000 a 2006.
171. Associação das Vítimas de Erros Médicos disponível em: <http://www.avermes.com.br>. Acesso em 1 jan 2011.
172. Supremo Tribunal da Justiça do Brasil(2008): STJ aplica Código de Defesa do Consumidor em casos de erro médico: <http://www.stj.gov.br>. Acesso em 10 out 2009.

173. Toledo, k. Fórum define guia para evitar conflitos judiciais na saúde, O Estado de S. Paulo, 20 de novembro 2010 Disponível em: <http://www.estadao.com.br>. Acesso em 22 mar 2001.
174. Machado. M. H. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FioCruz; 1999.