UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA

AIRTON GOMES

Análise comparativa entre o perfil do médico denunciado por infrações ético-profissionais no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e o ensino médico

São Paulo
2010

Airton Gomes

Análise comparativa entre o perfil do médico denunciado
por infrações ético-profissionais e o ensino médico

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Ciências

Programa de Ciências Médicas

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Patrocínio
Tenório Nunes

São Paulo

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Gomes, Airton

Análise comparativa entre o perfil do médico denunciado por infrações ético-profissionais e o ensino médico / Airton Gomes. -- São Paulo, 2010.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências Médicas. Área de concentração: Educação e Saúde.

Orientadora: Maria do Patrocínio Tenório Nunes.

Descritores: 1.Educação médica 2.Denúncia Cremesp 3.Escolas médicas

USP/FM/DBD-275/10

Nome: Gomes, Airton

Título: Análise comparativa entre o perfil do médico denunciado por infrações ético-profissionais no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e o ensino médico

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

“Nenhum homem é uma ilha, um ser inteiro em si mesmo; todo homem é uma partícula do Continente, uma parte da terra. Se um Pequeno Torrão carregado pelo Mar deixa menor a Europa, como se todo um Promontório fosse, ou a Herdade de um amigo seu, ou até mesmo a sua própria, também a morte de um único homem me diminui, porque Eu pertença à Humanidade.

Portanto, nunca procures saber por quem os sinos doam. Eles doam por ti”.

John Donne, (1572- 1631)

*We are the music-makers,
And we are the dreamers of dreams,
Wandering by lone sea-breakers,
And sitting by desolate streams;
World-losers and world-forsakers,
On whom the pale moon gleams:
Yet we are the movers and shakers
Of the world for ever, it seems*

*With wonderful deathless ditties
We build up the world's great cities.
And out of a fabulous story
We fashion art empire's glory:
One man with a dream, at pleasure,
Shall go forth and conquer a crown;
And three with a new song's measure
Can trample in empire down.*

*We, in the ages lying
In the buried past of the earth.
Built Nineveh with our sighing,
And Babel itself with our mirth;
And o'erthrew them with prophesying
To the old of the new world's worth;
For each age is a dream that is dying,
Or one that is coming to birth*

Arthur O'Shaughnessy (1844- 1881)

Dedico este estudo à minha esposa Dulce e às minhas filhas
Claudia, Flavia e Ana Luiza.

Agradeço especialmente aos meus pais Francisco, *in memorian* e Hortência,
que sempre me apoiaram e estiveram ao meu lado e que foram motivo de
inspiração com o seu exemplo de vida, e a Deus, que ao dar-me a existência
permitiu que meus sonhos fossem buscados.

À Mestra Maria do Patrocínio Tenório Nunes, (Patro), pela paciência,
entusiasmo, carinho e ensinamentos que me dedicou durante a execução
deste estudo.

Exemplo de capacidade profissional.

Pela amizade que me dedicou.

Agradeço ainda aos presidentes do Conselho Regional de Medicina do
Estado de São Paulo, no qual em suas respectivas gestões, permitiram que
os dados que necessitava neste estudo fossem acessados, Dr. Isac Jorge
Filho, Dr. Desiré Carlos Callegari, Dr. Henrique Carlos Gonçalves e Dr. Luiz
Alberto Bacheschi.

Agradeço também pela valiosa colaboração, aos amigos Fernando Aurélio
Caligaris Galvanese, Krikor Boyacian e José Marques Filho.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 - Evolução das Escolas Médicas no Brasil.....	6
1.2 - Escolas de Medicina no Estado de São Paulo.....	18
1.3 - Mecanismos de Avaliação do Ensino Superior.....	26
1.4 - Exame Nacional de Desempenho de Estudantes.....	31
1.5 – Princípios Bioéticos.....	33
1.6 – Erro Médico.....	40
1.7 – Natureza Jurídica do Contrato Médico	42
1.8 – O Processo Ético Profissional.....	45
1.9 – Médicos Processados Segundo Assuntos mais Frequentes...	50
2. OBJETIVOS.....	56
3. MÉTODOS.....	58
3.1- Variáveis Estudadas.....	61
4. RESULTADOS	64
4.1- Descrição dos Grupos de Escolas Médicas Estado de São Paulo.....	70
4.2- Comparação entre os Momentos de Abertura das Escolas Médicas	74
4.3- Comparação Entre as Escolas Médicas Particulares e Públicas	77
4.4- Comparação entra as Escolas Médicas do Estado de São Paulo conforme a Data de Criação	78
4.5- Comparção Entre os Dois Tipos de Escolas no Estado de São Paulo.....	81
4.6- Dados Descritivos dos Locais de Ensino das Escolas Médicas do Estado de São Paulo	85

4.7- Tipos de Delitos Ético- Profissionais que Motivaram Denúncias Contra Médicos no CREMESP	92
4.8- Classificação das Denúncias Contra Médicos Tocog- necologistas Conforme Erro Arbitrado e Assunto no Conjunto de Todas as Escolas, Públicas e Particulares	97
5. DISCUSSÃO	104
6. CONCLUSÕES	129
7. REFERÊNCIAS	132

ABREVIATURAS

ACO- Avaliação das Condições de Oferta

AMB- Associação Médica Brasileira

CAPES- Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CC - Código Civil

CEM- Código de Ética Médica

CF- Constituição Federal

CFM- Conselho Federal de Medicina

CN-S Conselho Nacional de Saúde

Conaes- Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior

CP- Código Penal

CPA- Comissões Próprias de Avaliação

CPEP -Código de Processo

CREMESP- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

ENADE- Exame Nacional de Desempenho de Estudantes,

ENC- Exame Nacional de Cursos

Inep/MEC - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação

LDB- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

ME- Ministério da Educação

MEC- Ministério de Educação e Cultura

MEC-USAID

MS- Ministério da Saúde

SAPIENS/MEC- Sistema de Acompanhamento de Processos das
Instituições de Ensino Superior

SESu/MEC- Secretaria de Ensino Superior

SINAES- Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

SUS- Sistema Único de Saúde

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

UNIFESP- Universidade Federal do Estado de São Paulo

USP - Universidade de São Paulo

RESUMO

Gomes, Airton. Análise comparativa entre o perfil do médico denunciado por infrações ético-profissionais e o ensino médico, [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2010.

OBJETIVO: Analisar os médicos ginecologistas e obstetras denunciados ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, por suposta prática de delitos ético-profissionais, e que foram avaliados por tipificação deste delito, no Código de Ética Médica, comparando o perfil do médico denunciado e a escola médica de origem, classificadas como públicas ou particulares ao longo do tempo.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo e descritivo, dos médicos denunciados no CREMESP, (n= 8333), nos anos de 2000 a 2005 e análise das escolas médicas.

Os dados obtidos foram analisados estatisticamente concluindo-se que os médicos que são provenientes de escolas médicas privadas e que foram abertas mais recentemente, são mais denunciados no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, sugerindo que existe uma relação estatisticamente significativa entre formação profissional e denuncia ao órgão de classe, CREMESP.

SUMMARY

Gomes, Airton. Comparative analysis of the profile of infractions denounced by medical ethical professionals, ([dissertation). São Paulo: Universidade de Sao Paulo, Faculdade de Medicina, 2010.

OBJECTIVE: To analyze the gynecologists and obstetricians reported to the Regional Council of Medicine of São Paulo, for alleged practice of ethical and professionals crimes, who were evaluated for type this offense, the Code of Medical Ethics, comparing the profile of the doctor reported and medical school of origin.

METHODS: A retrospective descriptive study. Doctors reported in Cremesp (n = 8333), in the years 2000 to 2005. The data were statistically analyzed and it was concluded that physicians who are from private medical schools and opened more recently, most are reported in the Regional Council of Medicine of São Paulo, suggesting that there is a statistically significant relationship between vocational training and denounces in CREMESP.

1. INTRODUÇÃO

1- INTRODUÇÃO

Em 1910, o educador americano Abraham Flexner, (1869-1959), fez uma avaliação crítica do ensino médico nos Estados Unidos e Canadá, concluindo que das cento e cinquenta faculdades de medicina existentes naquele momento, cento e vinte apresentavam condições péssimas de funcionamento. Os alunos eram admitidos sem nenhum preparo, não existiam laboratórios, não havia relação entre a formação científica e o trabalho clínico, e os professores não tinham controle sobre os hospitais universitários.^{11, 18}

O quadro do ensino médico, no final do século XIX nos Estados Unidos, era naquele momento caótico. Segundo Flexner¹¹, as faculdades surgiam como que por geração espontânea, independentes de vínculos com universidades e desprovidas de equipamentos. O ensino da medicina era uma “aventura privada, mercantilizada no espírito e no objeto”, que carecia, sobretudo, de bases científicas.

O relatório de Flexner, publicado no *Medical Education in the United States and Canada*, teve o efeito de um terremoto e nos anos seguintes, a quase totalidade das instituições por ele criticadas, fechou suas portas^{11, 18}.

O supracitado relatório serviu como base para a legislação da reforma universitária brasileira, através da Lei 5540 de 1998.

Apesar das críticas feitas ao estudo Flexner, e entendendo que tais propostas tinham como propósito uma medicina científica, com pouca preocupação social e privilegiando uma estrutura discriminatória, vez que privilegiava homens brancos e as classes média-alta e alta, o estudo hoje pode ser entendido como um marco divisor da qualidade de ensino nos países do hemisfério norte.

Esta proposta de medicina científica institucionaliza-se hegemonicamente por meio da ligação orgânica entre o capital, as universidades e a corporação médica.

A pessoa humana, antes vista como sujeito do processo terapêutico, respeitada em sua dignidade, vontade, liberdade e razão, transforma-se em objeto de estudos, consumidora de tecnologia, alterando de maneira significativa a relação médico-paciente⁵.

No entender de Kerr¹², Flexner equivoca-se em dois pontos. O primeiro é o de pensar a universidade como um todo integrado e orgânico, unido pelos valores comuns da ciência, das artes e da cultura. A aparente unidade das universidades tradicionais residia mais em seu tamanho pequeno, e na origem aristocrática de seus professores e alunos, do que em uma efetiva integração do conhecimento e da educação. As universidades modernas são gigantescas, juntam pessoas de todas as origens sociais e com maneiras

muito diferentes de entender o que é a pesquisa, a educação, a cultura e as artes. Comportando-se na verdade, como “universidades de massas”.

O segundo equívoco foi o de supor que esta diversidade de funções e valores não poderia conviver sem se destruir mutuamente. Foi não entender que qualidade e quantidade poderiam combinar-se e se entender. Que não havia incompatibilidade entre prestar serviços à comunidade, dar cursos de verão, manter equipes esportivas e realizar pesquisas de alta qualidade. Foi tudo isto precisamente, o que fizeram as grandes universidades americanas, e que as ajudaram a chegar à posição de prestígio e conceito que tem hoje¹⁸.

Ao adotar o modelo de Flexner o legislador brasileiro, por sua vez, também comete equívocos, ao ignorar as tendências à massificação do ensino superior, que já se prenunciava em 1968, que embora diferenciado na prática não abdicava de um modelo monolítico e centralizado, produzindo um ensino superior diluído e em grande parte desmoralizado por não ser aquilo que no papel, estava escrito que poderia ser.

O segundo erro deste legislador foi pensar que o Brasil deveria procurar se pautar pelo modelo dos países europeus, quando somos na realidade, muito mais parecidos com os Estados Unidos. Evidentemente não pela riqueza, mas pela vastidão territorial, pela aglomeração de culturas,

mistura de raças, incompetência da administração pública, desigualdade social e uma capacidade surpreendentemente alta de iniciativa e inovação²⁰.

O relatório Flexner ficou na história como um exemplo da importância da avaliação e do controle de qualidade, e sua importância vêm à tona quando pensamos nas condições precárias da maioria de nossas instituições de ensino superior.

Que falta nos faz atualmente a existência de mecanismos que façam desaparecer as instituições que não cumpram com os critérios mínimos e aceitáveis de qualidade.

O país precisa de médicos melhor preparados e com distribuição adequada em conformidade com as necessidades regionais.

1.1- EVOLUÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS NO BRASIL

Diferentemente da América Espanhola, que teve as suas primeiras universidades já no início da colonização, a coroa portuguesa impediu-as no Brasil, assim sendo, ficava o ensino superior, no período colonial, limitado aos cursos de Filosofia e Teologia ministrada pelos jesuítas, e após a sua expulsão do reino português, em 1759, pelos franciscanos, em conventos.

Os dois primeiros cursos de medicina criados no país ocorreram em Salvador (Colégio Médico-Cirúrgico da Bahia, em 1808) e no Rio de Janeiro (Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, em 1808). Ambos ocorreram com a chegada da família real e de D. João VI ao Brasil⁴.

Esta aproximação das faculdades de medicina brasileiras com os organismos internacionais de apoio técnico e de financiamento de Estas duas escolas permaneceram com a exclusividade de formar médicos no país durante longo período de tempo. A próxima escola de medicina a surgir no Brasil, ocorreu no Rio Grande do Sul em 1898, e a primeira a ser criada no Estado de São Paulo, foi a Universidade de São Paulo, campus SP⁴, com início das aulas em 1914 e inauguração de seu campus em 1931.

No período compreendido entre 1808 e 1959, surgiram no Brasil 27 faculdades de medicina. Destas, doze estavam localizadas na Região

Sudeste, nove na Região Nordeste, cinco na Região Sul e uma na Região Norte^{4, 16}.

A década de 50 inaugura o ensino da medicina privada no país, com quatro cursos sendo criados entre 1950 e 1959. Todos os cursos de medicina que existiam até 1950 eram públicos, federais ou estaduais⁴.

No ano de 1956, o Brasil possuía 24 escolas médicas, das quais 13 (54%), foram criadas entre 1808 e 1948 (140 anos) e 11(46%), entre 1948 e 1956 (8 anos) ¹⁶.

Conforme Amaral¹, o início da década de 1960, é caracterizado pelo primeiro Plano Decenal da Saúde das Américas, iniciativa da política externa americana inserida no programa de ajuda aos países subdesenvolvidos, denominado Aliança para o Progresso. Este plano estava voltado para a problemática da falta de médicos para a América Latina em geral e à introdução do planejamento de recursos humanos, que influenciou e contribuiu sobremaneira para a expansão do número de escolas médicas. Ganham projeção no cenário sócio-político organismos internacionais, com destaque para a Organização Pan-Americana de Saúde e as Fundações Rockefeller e Kellogs, preocupadas com o desenvolvimento da medicina social.

Os projetos e pesquisas no campo da saúde e da educação médica foi intensificada pelos governos militares após o golpe militar da ditadura após

1964. Ganha intensidade nesse contexto o conceito de que melhores níveis de educação e saúde seriam essenciais para o desenvolvimento econômico do país^{16,20}.

Nesse período surge o movimento de aproximação entre o governo brasileiro e organismos internacionais dando seqüência ao projeto de modernização das universidades nacionais, surgem os primeiros acordos de assistência técnica e/ou cooperação financeira resultantes dos convênios que o Ministério da Educação firmou com o governo americano, que ficou conhecido como MEC-USAID, cujos termos foram transformados em leis, decretos, portarias e resoluções⁴.

A década de 1960 assinalou uma forte expansão da oferta de médicos no Brasil, com a correspondente ampliação das instituições formadoras. Ao término desse período, 35 novos cursos de medicina haviam sido criados no país, indicando um crescimento da ordem de 130%. Destes 25 (71,4%) foram criados após 1964 e 22 (62,8%) está concentrado no eixo Rio-São Paulo, sendo que dez foram abertas em São Paulo e seis no Rio de Janeiro⁴.

14.

Em 1965, o Brasil possuía 40.809 médicos para uma população de 80.113.000 habitantes, o que resultava em uma relação de 1/1963 habitantes. O país realmente necessitava de mais médicos para atender a população brasileira. A política de corte nos gastos sociais, porém, fez com

que os investimentos públicos no ensino superior fossem reduzidos. Neste contexto, a demanda social por mais vagas para o ensino superior desencadeou o movimento dos excedentes dos vestibulares. A saída encontrada pela Junta Militar, que governava o país, foi determinar o aumento de matrículas no ensino superior privado e público. A lógica era a do mercado e o credenciamento das escolas realizado sem maiores verificações de qualidade dos cursos oferecidos^{4, 14,16}.

Assim, a expansão dos cursos de medicina ocorrida nos anos sessenta, baseou-se em um crescimento de instituições privadas da ordem de 400% (de 4 a 20) e no desenvolvimento da prática médica nas regiões mais ricas e populosas, principalmente no Sudeste.

O Brasil inicia a década de 70 com 62 cursos de medicina em funcionamento, dos quais 35 (56,5%) foram autorizados na década anterior.

De 1971 a 1976 e de 1979 a 1987, nenhum curso de medicina recebeu autorização de funcionamento no país, somente aquelas que haviam requerido autorização prévia.

Conforme Briani³ 2003, a partir da Lei 9394/96, denominada de Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), o sistema educacional brasileiro vem sendo novamente reformulado, como havia ocorrido em 1968, a educação foi chamada para dar conta de um projeto político com vistas ao

desenvolvimento nacional, agora sob a ótica das políticas neoliberais dos anos noventa.

Gráfico 1-Evolução do crescimento do número de escolas médicas no Brasil ao longo do tempo, dados obtidos no Ministério de Educação.

Gráfico 2- Crescimento das escolas médicas no Estado de São Paulo

Gráfico 3- Distribuição das escolas médicas no Brasil, conforme a categoria administrativa

Gráfico 4- Distribuição das escolas médicas no Estado de São Paulo, conforme categoria administrativa

A proliferação de cursos passa a exigir do MEC controles efetivos da qualidade do ensino ofertado. Como parte das políticas do Novo Plano Nacional de Educação, o MEC instituiu a avaliação dos cursos, por meio do Exame Nacional dos Cursos (Provão), criado por força da Lei 9131/95; a avaliação das instituições, por meio da Avaliação das Condições de Oferta, atualmente denominada Avaliação das Condições de Ensino³.

A década de noventa, com 17 novos cursos de medicina, repetiu as duas últimas décadas em quantidade e concentração espacial, com o Sudeste e o Sul totalizando 13 cursos, representando 76,5% do total de cursos do país.

Prevaleceram nesse período, quanto à vinculação administrativa, os cursos privados, com 13 (76,5%) cursos médicos, a maior concentração verificada em todos os períodos.

Gráfico 5- Crescimento do número de vagas em cursos de medicina, segundo a natureza jurídica das instituições e regiões.

Os três primeiros anos do período de 2000 a 2004, que assinala o final do governo do Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, ficará registrado como sendo aquele em que, proporcionalmente, mais houve abertura de escolas médicas no país. Vinte e oito novos cursos de medicina receberam autorização para funcionamento, embora a maioria deles não tenha obtido parecer favorável do Conselho Nacional de Saúde.

No primeiro ano do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, a tendência de expansão se mantém, visto que, foram autorizados 16 novos cursos de medicina no país, totalizando 44 até fevereiro de 2005, e um acréscimo de 2771 vagas/ano. Destes, somente três cursos não têm

previsão para iniciar seu funcionamento, uma vez que acabam de receber autorização legal para tanto.

A realidade indica a existência de uma falta de entrosamento histórico entre os Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS) e ausência de propostas articuladas voltadas ao cumprimento dos dispositivos constitucionais de formação de profissionais de saúde para o SUS.

Segundo o Ministério da Saúde, a qualidade da atenção à saúde da população exige um novo perfil profissional, com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva. Não se trata de formar profissionais apenas tecnicamente competentes, mas profissionais que tenham vivido e refletido sobre o acesso universal, a qualidade e humanização na atenção à saúde⁴.

As divergências entre Ministério da Educação e Cultura, (MEC), e Ministério da Saúde, (MS), são fruto de construções sociais diferentes. Com a implantação do Sistema Único de Saúde, (SUS), o MS adquiriu legitimidade de construção social democrática. Neste sentido, sua história é diferente da do MEC, cujos critérios, até então, indicam um olhar formal e burocrático, que não tem levado em conta as necessidades da população. Daí, a inadequação do modelo de formação em saúde. Da forma como está, a formação em saúde não muda o modelo assistencial^{4, 16}.

Os cursos de Medicina, como os demais cursos superiores, são criados por meio de ato legal, denominado criação ou autorização, dependendo da organização acadêmica da instituição. Criação é um ato restrito das universidades e centros universitários, não dependendo da aprovação de nenhuma instância superior, além da aprovação do colegiado superior da instituição (conselho universitário ou conselho de ensino), haja vista a autonomia universitária, prevista no artigo 207 da Constituição Federal, (CF), combinado com art. 53 da LDB, que preconizam que as universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino pesquisa e extensão.

O mesmo instituto jurídico determina em seu artigo 209, que o ensino é livre à iniciativa privada, desde que autorizado pelo Poder Público.

Deste modo, as instituições não universitárias, como as faculdades isoladas, escolas ou institutos superiores, necessitam de autorização, devendo obrigatoriamente submeter suas propostas de criação de cursos às instâncias superiores: Ministério de Educação e Cultura e Conselho Nacional de Educação, quando forem instituições públicas federais ou privadas.

A situação legal de curso criado ou autorizado é provisória. Existe outra exigência a ser cumprida, a do reconhecimento, que deverá ser solicitada ao

MEC após o cumprimento de 50% do projeto curricular. Somente os cursos reconhecidos estão habilitados a conferir diploma a seus alunos.

Ocorre que esta exigência só é cumprida, pela maioria das instituições, por ocasião da graduação da primeira turma, o que tem gerado reivindicação dos direitos dos alunos e comoção social.

Conforme preconizado pelo Decreto 3860/01, por ocasião do reconhecimento do curso e da respectiva autorização para o funcionamento, a instituição deverá apresentar detalhamento da infra-estrutura física e recursos financeiros em disponibilidade, corpo docente qualificado e em número suficiente, projeto pedagógico de qualidade, com estrutura curricular atualizada e metodologia de ensino e de avaliação.

Tratando-se de autorização para o funcionamento, a entidade deverá ainda caracterizar a necessidade social do curso, incluindo estudos que demonstrem aspectos socioeconômicos, demográficos, rede regional de serviços de saúde e recursos humanos em saúde já disponíveis na região.

O parecer é emitido pelo Conselho Nacional de Saúde, que deverá caracterizar ou não a necessidade social do curso.

Estas informações que geralmente, são meras cartas de intenções deverão ser vistoriadas no local.

A partir de 2002, foi criado o Sistema de Acompanhamento de Processos das Instituições de Ensino Superior, (SAPIENS/MEC), que permite o acompanhamento do trâmite dos processos à distância, por meio da internet.

As universidades estaduais e municipais de ensino superior têm autonomia para propor e criar cursos de medicina, o que não as isenta de cumprir uma série de pré-requisitos: os pedidos de autorização deverão ser submetidos aos seus respectivos conselhos estaduais de educação e, estes cursos a partir da primeira turma de graduandos, devem ser submetidos às avaliações do MEC.

Os cursos de medicina, odontologia e psicologia, em conformidade com o art.27 do Decreto 3860/01, deverão ter a sua criação submetida à manifestação do Conselho Nacional de Saúde, que por sua vez, deverá manifestar-se no prazo máximo de cento e vinte dias, contados a partir da data do reconhecimento do processo remetido pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação.

Assim, evidencia-se que é indispensável para a criação de curso de medicina, a manifestação do Conselho Nacional de Saúde, sob a ótica da real necessidade social, além da deliberação da Câmara de Educação Superior do Conselho e homologação pelo Ministro de Estado da Educação.

Convém ressaltar que a redação do referido artigo, relata que a exigência é sobre a manifestação e não a aprovação do Conselho Nacional de Saúde, o que na prática permite que diversos cursos de medicina sejam autorizados pelo CNE e homologados pelo Ministro da Educação, apesar de pareceres contrários do Conselho Nacional de Saúde

.

1.2- ESCOLAS DE MEDICINA NO ESTADO DE SÃO PAULO

Conforme relatado por Marina Pires do Rio Caldeira no sítio eletrônico da Faculdade de Medicina da USP, transcrição Integral.

No final do século XIX, a então Província de São Paulo já apresentava um apreciável desenvolvimento econômico. Os lucros da cultura do café permitiam aos paulistanos divertirem-se com o cinema e em viagens ao exterior. As elites vestiam-se ao rigor da moda francesa. Mas os paulistas enfrentavam um grave problema: a falta de médicos. Apenas Rio de Janeiro e Bahia dispunham de Escolas de Medicina.

As tentativas ocorridas até então para se implantar um curso médico em São Paulo não haviam vingado. Em 1804, o então governador da capitania de São Paulo, Antônio José da Franca e Horta, comunicou ao Ministro e Secretário dos Negócios Ultramarinos, João Rodrigues de Sá e Melo Soto-Maior, Visconde Anadía, que "seis alunos que freqüentaram em 1803 a aula de cirurgia instituída por mim no Hospital Militar desta cidade, sendo lente o físico-mor Mariano José do Amaral, todos eles foram aprovados pelos examinadores..." A experiência não teve continuidade.

Letra morta foi o decreto-lei de 4 de novembro de 1823, que criava duas Universidades no Brasil, uma em Olinda e outra em São Paulo. Ambas deveriam contar com Faculdades de Medicina e Farmácia.

Na Província de São Paulo a idéia de uma Escola de Medicina já existia. Em discurso proferido na Assembléia Provincial de São Paulo em 27 de fevereiro de 1878, Cesário Motta Júnior defendia a criação de uma Escola de Medicina, que seria a decorrência de um precursor curso de Farmácia.

O Governo Imperial demonstrava descaso pela Província de São Paulo. O único investimento na área de saúde feito pela coroa em São Paulo era a Inspetoria Provincial de Higiene, instalada em 1886 e sustentada à custa de seu diretor, Marcos Arruda.

As primeiras tentativas de se viabilizar a criação de um curso médico na capital paulista ocorreram com a implantação da República, por iniciativa de Luiz Pereira Barreto, que pretendia criar uma Universidade.

Mas o primeiro instrumento legal estabelecendo uma Escola Médica em São Paulo foi a lei nº 19, de 24 de novembro de 1891. A lei foi sancionada pelo Presidente do Estado, Américo Brasiliense de Almeida Mello e referendada pelo Secretário do Interior, Augusto de Freitas Villalva. A lei, reputada importantíssima pelo chefe do governo paulista, não encontrou espaço político para ser regulamentada.

Américo Brasiliense permaneceu no cargo por apenas mais alguns dias. Demitiu-se no dia 15 de dezembro, em decorrência da queda de Deodoro da Fonseca, ocorrida a 25 de novembro de 1891.

figura 1- Americo Brasiliense de Almeida Mello

Apesar da instabilidade política, chegou-se a criar uma comissão encarrsegada de planejar a Academia. Segundo o historiador Ricardo Maranhão, a comissão se cindiu. Carlos Botelho, Luiz Pereira Barreto e Francisco Franco da Rocha fizeram um relatório, mas Antonio Francisco de Paula Souza, Inácio Marcondes Rezende e Souza Tibiriçá apresentaram um outro. O Congresso do Estado, no entanto, não os colocou em pauta.

Com a criação da Academia de Medicina, Cirurgia e Farmácia, Américo Brasiliense vinha consolidar o anseio da nata da medicina paulistana, que se reunia na Santa Casa de Misericórdia. Entre eles estava o recém-formado Arnaldo Vieira de Carvalho.

Segundo Antonio de Almeida Prado, em relatório relativo às atividades administrativas do ano anterior, o secretário de Estado Cesário Motta Júnior aludia, em 28 de março de 1894, à criação de uma Escola de Medicina. "A idéia - informava -, bem aceita em geral, achava-se já em via de concretização, quando fomos forçados a adiá-la, quase pronto se achava o

respectivo regulamento e de algum modo previsto o pessoal docente, se bem que a lei não nos permitisse nomeá-lo se não por concurso".

Quando passou a funcionar plenamente, a Policlínica assumiu ares de escola. Estavam nos planos da construção de sua sede própria, localizada na rua do Carmo, a cessão de um andar para futura Academia de Medicina.

Em 1895, São Paulo viu surgir sua primeira associação de médicos, a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, presidida por Pereira Barreto. Entre os fundadores estava Cesário Motta Júnior. A Sociedade logo criou uma Policlínica, estabelecida na praça da Sé, que oferecia atendimento médico gratuito.

A essa época Arnaldo Vieira de Carvalho já se envolvia com a concretização da Faculdade, mas acreditava que tal empreitada só daria resultados se subvencionada pelo Estado

figura 2 – Dr Arnaldo Vieira de Carvalho

Segundo Ricardo Maranhão, Arnaldo mantinha boas relações com Oscar Rodrigues Alves, filho e secretário particular do Presidente do Estado, Francisco de Paula Rodrigues Alves. Oscar teria contribuído para que Arnaldo fosse encarregado de executar a lei de 1891. Somente 21 anos depois da assinatura da lei Arnaldo recebia a incumbência de organizar a Faculdade de Medicina. Foi também por iniciativa oficial que a academia criada pela lei nº 19 foi estabelecida. Outorgada pelo Presidente Francisco de Paula Rodrigues Alves e pelo Secretário do Interior Altino Arantes, a lei nº 1357, de 19 de dezembro de 1912, implantou a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. O regulamento da Escola foi estabelecido através do decreto nº 2.344, de 31 de janeiro de 1913.

Na época em que tornou-se o responsável pela implantação do primeiro curso de Medicina do Estado de São Paulo, Arnaldo Vieira de Carvalho ocupava o importante cargo de Diretor Clínico da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, função que exercia desde 1894.

Contrário à vinculação da nova Faculdade à Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Arnaldo buscou um local para seu funcionamento. A amizade com o Diretor da Escola Politécnica, Antonio Francisco de Paula Souza, assegurou a cessão de algumas salas para o novo curso. Outras salas foram cedidas pela Escola de Comércio Álvares Penteado, criada em 1892 e instalada no largo São Francisco.

A primeira aula da Faculdade foi proferida em 2 de abril de 1913, por Edmundo Xavier. Apenas em 1914 as aulas passaram a ser ministradas na sede provisória da Faculdade, localizada à rua Brigadeiro Tobias. Em 1918 formou-se a primeira turma, composta por 27 médicos, entre os quais duas mulheres.

Em 25 de janeiro de 1920, foi lançada a pedra fundamental da sede própria da Escola, localizada em frente ao cemitério do Araçá. Foi o último grande gesto público de Arnaldo, que morreu prematuramente meses mais tarde. Do projeto original, que previa a construção de cinco edifícios, apenas um foi construído, o que abriga o Instituto Oscar Freire.

O edifício que hoje alberga a Faculdade foi concebido por Ernesto de Souza Campos, Luiz de Rezende Puech e Benedicto Montenegro. Construído a partir de 1928, em grande parte com recursos da Fundação Rockefeller, o prédio foi inaugurado em 1931. As relações entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade muito contribuíram para o aprimoramento do curso da graduação.

A Faculdade de Medicina passou a integrar a Universidade de São Paulo em 25 de janeiro de 1934, através do decreto 6.283. A partir dessa data a Escola recebeu a denominação que mantém até os dias de hoje.

As aulas práticas de clínica e cirurgia continuaram a ser ministradas na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, até 1944, quando foi inaugurado o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

A organização imprimida por Arnaldo à Faculdade de Medicina, sem confronto no âmbito nacional, foi fundamental para que ela se desenvolvesse em bases sólidas. Ressalta, nesse aspecto, a contratação de renomados professores estrangeiros como Lambert Meyer, da Faculdade de Nancy, França; Emílio Brumpt, catedrático da Faculdade de Medicina de Paris, França; Alfonso Bovero, anatomista, e Alessandro Donati, patologista, ambos oriundos da Universidade de Turim, na Itália.

A evolução da qualidade do ensino da Casa culminou com a classificação da Faculdade de Medicina da USP com o padrão "A" conferido pela Associação Médica Americana em 1951. O médico formado pela Faculdade tinha, no entender da Associação, o mesmo nível daquele formado nas melhores escolas do mundo.

A próxima escola de medicina a ser aberta no Estado de São Paulo, ocorre em 1933, Universidade Federal do Estado de São Paulo, inicialmente privada e que posteriormente se federaliza.

Na sequência temos a abertura da Pontifícia Universidade Católica de Sorocaba, que é a segunda faculdade de medicina no Estado de São Paulo.

Em 1952, há a abertura da Universidade de São Paulo de Ribeirão Pires, estadual.

Em 1963, são abertas duas escolas de medicina no Estado de São Paulo, sendo duas delas públicas, Universidade de Campinas e Universidade do Estado de São Paulo, localizada em Botucatu e uma privada, Santa Casa de São Paulo.

No período de tempo que transcorre entre 1963 e 1970, são abertas nove faculdades de medicina no Estado de São Paulo, cinco delas públicas e quatro privadas.

Após 1971 e até 2004, período de tempo avaliado neste estudo são abertas dez faculdades de medicina, todas sob administração privada, fazendo com que ocorra um nítido predomínio de faculdades privadas no Estado de São Paulo.

Ao se analisar o intervalo de tempo que transcorre de 1913, data da abertura da primeira escola médica do Estado de São Paulo, até 2004, período de tempo avaliado neste estudo, se observa que foram abertas vinte e seis escolas médicas e que destas, dezessete são administradas pela iniciativa privada.

1.3- MECANISMOS DE AVALIAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR

Até a promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, (LDB), em dezembro de 1996, as instituições de educação superior brasileiras eram autorizadas a funcionar em bases permanentes. Uma vez credenciada, a instituição podia funcionar indefinidamente, desde que cumprisse a lei. O processo de credenciamento não previa nenhum tipo de avaliação institucional futuro.

A partir da LDB¹⁰, o credenciamento das instituições passa a ser temporário e, desde então, todos os atos de credenciamento institucional passaram a fixar prazo de validade da credencial.

O Decreto 3860/01, atribuiu ao Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação, (Inep/MEC), instituto de pesquisa responsável por levantamento e estatísticas de ensino, também a responsabilidade de mobilizar entidades e pessoas no processo de avaliação de desempenho de estudantes e de instituições de ensino superior, que passou a se chamar de Avaliação das Condições de Ensino, (ACE), em substituição a Avaliação das Condições de Oferta, (ACO). Sem poder de decisão e de supervisão, o Inep/MEC encaminha os resultados à Secretaria de Ensino Superior, (SESu/MEC).

O governo do Presidente Luis Inácio Lula da Silva, realizou uma profunda reformulação no processo de avaliação do ensino superior brasileiro, o que culminou na aprovação da Lei 10861/04, que cria o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior, (Sinaes)^{8,14,17}.

Os processos avaliativos serão coordenados e supervisionados pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior, (Conaes), que é órgão colegiado de coordenação e supervisão do Sinaes e vinculado ao Gabinete do Ministro da Educação. Cabendo-lhe, entre outras atribuições, propor os mecanismos e procedimentos de avaliação das instituições superiores, de cursos e de desempenho de estudantes, bem como formular propostas para o desenvolvimento institucional, com base nas recomendações dos processos de avaliação.

Ainda em conformidade com a Lei 10861/04, a Conaes será composta por treze membros assim constituídos: um representante do INEP, um representante da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, (CAPES), três representantes do MEC, um representante do corpo discente das instituições de educação superior, um representante do corpo docente das instituições de educação superior, um representante do corpo técnico-administrativo das instituições de educação superior, cinco membros indicados pelo Ministro da Educação, escolhidos entre cidadãos com notório saber e reconhecida competência em avaliação ou gestão da educação superior.

Criado pela Lei 10861/04, o Sinaes é o novo instrumento de avaliação do Inep/MEC, formado pelos componentes principais: 1-auto-avaliação institucional, realizada de forma permanente e com resultados a serem apresentados a cada três anos; 2- avaliação institucional externa, realizada no local por uma comissão de avaliadores; 3- avaliação das condições de ensino aplicada aos cursos nos casos em que a comissão de avaliação julgar necessária uma verificação; 4- Processo de Avaliação Integrada do Desenvolvimento Educacional e da Inovação da Área, Exame Nacional de Desempenho de Estudantes, (ENADE), que terá uma prova aplicada aos alunos, por amostragem, no meio e no final do curso em quatro grandes áreas: ciências humanas, exatas, tecnológicas e biologia e da saúde.

O Sinaes se diferencia por ser instrumento de avaliação que leva em consideração os demais, de forma integrada, consolidando uma visão ampla do ensino superior^{4, 14,16}.

O resultado individual é enviado somente ao participante, sendo resguardado o sigilo das informações. Os resultados dos cursos são divulgados para as instituições e para a sociedade em geral e integram o conjunto de dimensões da avaliação de cursos e da auto-avaliação.

A auto-avaliação das instituições deve ser realizada pelas Comissões Próprias de Avaliação, (CPAs), que terão autonomia em relação aos conselhos e demais órgãos colegiados existentes na instituição.

De acordo com a regulamentação da Lei, as avaliações externas foram realizadas por comissões designadas pelo Conaes e composta por especialistas. O referencial básico para o processo de autorização, reconhecimento, renovação de reconhecimento, com os prazos de validade estabelecidos pelo MEC, foi à avaliação institucional.

Em conformidade com a referida Lei, a primeira avaliação institucional externa realizada no prazo máximo de dois anos, após o processo de auto-avaliação, conforme cronograma estabelecido pelo Conaes.

A avaliação no local das instituições e cursos de graduação resultará a atribuição de conceitos a cada uma e ao conjunto das dimensões avaliadas.

A partir de 2001, a Avaliação das Condições de Ensino, (ACE) passou a ser realizada posteriormente à implantação do curso, visando avaliar as condições do ensino oferecido. Não se tratou apenas de mudança nominal, mas também de objetivos e concepção.

Anteriormente era denominado de Avaliação das Condições de Ofertas, porque avaliava as condições da instituição em oferecer determinado curso. Assim a Avaliação das Condições de Ensino, era capaz de evidenciar de forma mais efetiva a qualidade da graduação brasileira. Realizada por uma equipe de especialistas ao longo do curso e no próprio local de funcionamento, a ACE verifica a qualidade acadêmica a partir de um

conjunto de indicadores: organização didático-pedagógica, corpo docente e instalações físicas, especialmente laboratórios e biblioteca. Estes resultados de avaliação não são divulgados, apenas os conceitos obtidos. Os relatórios finais são encaminhados às instituições, que tem prazo para se manifestar em relação aos mesmos.

Esta avaliação é bastante complexa, uma vez que envolve centenas de pessoas e capacitação de professores. Segundo Orlando Pilati, assessor do SESu/MEC, “o que está dificultando, também estas avaliações periódicas é o acúmulo de um número enorme de processos de reconhecimento e renovação de reconhecimento, que em decorrência da nova lei, aguardam parecer^{3,15}”.

Quando os resultados são considerados insatisfatórios, a Conaes informará a necessidade de celebração do Protocolo de Compromisso, a ser firmado entre a instituição e o MEC, indicando os aspectos que merecerão especial atenção.

O descumprimento do compromisso poderá ensejar as seguintes penalidades: suspensão temporária da abertura de processo seletivo de cursos de graduação; cassação da autorização de funcionamento da instituição ou do reconhecimento de cursos por ela oferecidos; advertência, suspensão ou perda de mandato do dirigente responsável pela ação não executada, no caso de instituições públicas de ensino superior.

Esta forma de avaliação visa identificar os pontos fortes e fracos de cada instituição e eventuais omissões, abrindo possibilidades concretas para a tomada de medidas administrativas capazes de assegurar a qualidade do ensino.

1.4- EXAME NACIONAL DE DESEMPENHO DE ESTUDANTES

O Exame Nacional de Desempenho de Estudantes, (Enade), é parte integrante do Sinaes e é aplicado aos alunos do primeiro e último ano dos cursos de graduação. Enquanto o Sinaes tem por objetivo avaliar as instituições de educação superior e os seus cursos de graduação, o Enade ocupa-se com o desempenho dos estudantes em relação a competências, saberes, conteúdos curriculares e formação em geral.

Diferentemente do Exame Nacional de Cursos, (ENC), criado por força da Lei 9131/95, Enade não é apenas uma prova de conclusão de curso, mas se constitui de três avaliações: avaliação do ingressante, do concluinte e da formação geral.

Por isto, explora conteúdos de todo o espectro das diretrizes nacionais e não apenas conteúdos profissionalizantes.

Segundo Amir Limana¹⁶, este difere do antigo ENC no tipo de exame, no destinatário do exame, na periodicidade, na forma de aplicação, no tipo de resultados produzidos, no uso dos resultados, no questionário a ser aplicado aos alunos, no questionário a ser aplicado aos coordenadores, entre outros.

A realização do Enade inclui a aplicação de um questionário socioeconômico para os alunos para coordenadores, um questionário que ajude a definir o perfil do curso.

Uma característica marcante do Enade é o fato de ser aplicado simultaneamente a ingressantes e formandos, permitindo identificar o nível de ingresso e de saída dos alunos de um determinado curso, ajudando a orientar as instituições sobre a necessidade ou não de fazer ajustes ou revisões curriculares.

O registro de participação no exame é condição indispensável para a emissão do histórico escolar, sem o que o aluno fique impossibilitado de retirar seu diploma. no entanto, quem foi dispensado, por não ter sido incluído na amostragem, poderá colar grau normalmente.

Dada a sua natureza, o Enade gerará diversas notas: de desempenho dos calouros e formandos na parte específica e na parte geral comum, indicando o quanto a média de desempenho dos estudantes evoluiu durante a sua trajetória acadêmica.

Assim, a nota do Enade, não será a nota do curso, mas parte do conjunto das dimensões da nota de avaliação, pois será somada a nota do curso obtida durante a avaliação no local, a ser feita periodicamente por comissões de especialistas nas diversas áreas do conhecimento. Nenhuma

decisão regulatória será tomada em função apenas do desempenho dos estudantes no Enade. Como a nota do Enade não será considerada igual à qualidade do curso, ela também não será, por consequência, usada para fazer ranqueamentos¹⁶.

A primeira edição do Enade ocorreu em novembro de 2004, sendo que a medicina esteve entre as áreas avaliadas.

1.5- PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

O modelo de análise bioética comumente utilizado e de grande aplicabilidade na prática clínica é o “principialista”, introduzido por Beauchamp e Childress em 1989, em seu livro: Princípios de Bioética. Estes autores adotam quatro princípios bioéticos fundamentais: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.

Beneficência, no seu significado filosófico moral, quer dizer praticar o bem, ou uma manifestação da benevolência.

Butler, in apud⁴, diz que existe no homem, de forma prioritária um princípio de benevolência, procurando a realização do bem do outro, na mesma medida que cuidamos da nossa própria vida. Posicionando-se deste modo, de maneira crítica à teoria de Thomas Hobbes que apresenta o ser humano como dominado pelo egoísmo, autoconservação e competição.

Este princípio, que norteia a prática médica, desde os tempos de Hipócrates, “usarei o tratamento para o bem dos enfermos, segundo a minha capacidade e juízo, mas nunca para fazer o mal e a injustiça”. Deste modo este princípio, tenta num primeiro momento, a promoção da saúde e a prevenção da doença e em segundo lugar pesa os benefícios e os malefícios, buscando a prevalência dos primeiros. Conforme Francis Bacon,

seria o esforço ativo ou a disposição para promover a felicidade e bem-estar daqueles que nos rodeiam, característica de todo ser humano normal.

Em acordo com o Relatório Belmont, referente à ética nas pesquisas, deve ser entendido como uma dupla obrigação, não causar danos e maximizar o número de possíveis benefícios e minimizar os prejuízos⁵.

O princípio da não-maleficência envolve abstenção e nem sempre é entendido corretamente, vez que conforme Raanan e Gilon, in apud⁴, a prática da Medicina, pode, às vezes causar danos para a obtenção de um benefício maior, por exemplo o paciente diabético que tem o pé amputado, objetivando um bem maior que é a vida, (teoria moral do duplo efeito).

Com a Revolução Francesa e o ressurgimento da democracia, esta não é apenas o poder do povo, mas também uma série de direitos de cada um. O direito ao voto, o direito à livre expressão, o direito à propriedade entre outros.

Na medicina tais direitos podem corresponder à autonomia como o princípio da liberdade, a beneficência ao da fraternidade e a justiça ao da igualdade.

Autonomia conforme a sua etimologia significa autogoverno, autodeterminação da pessoa de tomar decisões que afetem sua vida, sua

saúde, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais. Para que exista a liberdade de decidir é necessário que exista alternativa de ação.

Espinoza, em seu Tratado Teológico-Político⁵, defende a idéia de que a soberania autêntica do regime político perfeito deve residir exclusivamente no direito de todos os homens em uma comunidade democrática, condenando o absolutismo, de modo que cada cidadão transfira o seu direito para em favor da maioria da sociedade.

Josué de Castro⁶ em seu livro Geografia da Fome identificou o contraste que existe na população, em que a expectativa de vida dos países pobres tem diminuído ao invés de aumentar e a mortalidade infantil tem aumentado de maneira significativa, transformando a saúde para poucos.

A nossa Constituição definiu no seu artigo 192, que: “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”.

Infelizmente vemos o Estado, fugir de seu compromisso constitucional e entregar recursos a hospitais privados, esquecendo-se das unidades públicas. O país deverá decidir se deseja a saúde apresentada no balcão de negócios e mediada pelas leis de mercado, onde os detentores de recursos econômicos comprem a melhor assistência médica a qualquer preço, ou a saúde, oferecida a todos como um direito universal.

Evidentemente a política de saúde tem a ver com a política de governo dirigida ao ensino médico.

Viver em sociedade importa, necessariamente em observar e cumprir determinadas normas de conduta individual, normas estas que derivam dos usos e costumes submetido ao longo do tempo e as mais importantes estão consolidadas em leis.

Juridicamente a norma de conduta escrita tem por fundamento filosófico e sociológico o princípio da solidariedade ativa, como defesa da própria sociedade, mediante o amparo recíproco indistinto e, ainda o respeito ao espaço individual e da liberdade. Este é o motivo para que as leis sejam impostas, colocadas de maneira coercitiva pela sociedade e para a sociedade, através de um contrato social tácito, no qual os membros de uma sociedade delegam este poder para o Estado, para que este atue em nome de cada membro desta sociedade.

Quanto maior o grau de desenvolvimento cultural de uma sociedade, maior o grau de solidariedade ativa, da consciência de socorrer o próximo para, em contrapartida, ser socorrido, assim como maior consciência do limite da liberdade individual, para resguardo desta. Esta interação é estabelecida tanto no plano individual como no plano coletivo.

Ao lado desses fundamentos objetivos, voltados para a sobrevivência material/individual, determinantes do comportamento humano condicionado, sedimentados e já incorporados na cultura, há ainda, para a solidificação da sociedade humana, os fatores de ordem afetiva e os de ordem filosófica, igualmente integrantes do ser humano, tornando-o gregário, reflexivo.

A noção de responsabilidade nasce do dever de responder pelos prejuízos causados por alguém contra outrem, direta ou indiretamente. Em razão do processo cultural, o modo de agir em sociedade, sem reprovação, chega a ser intuitivo. Vivendo em sociedade todos tem noção correta do que é certo ou errado no modo de proceder socialmente, incluindo os criminosos e excluídos os doentes mentais. Todos anseiam pelo justo, que é o desejo de estabelecer um ponto de equilíbrio entre as conveniências individuais, mas antagônicas no exato momento da competição pela sobrevivência.

Fazer justiça é prerrogativa do Estado¹⁹, com a finalidade de repor o desfalque ou procurando equilibrar a competição social, com vistas a resguardar os mais fracos e minorias sem afastar que o trabalho como contribuição social desigual gera, naturalmente resultado desigual, ou seja o justo seria que cada qual receba o prêmio ou castigo na exata medida da contribuição feita para esse resultado.

Quando alguém fere ou apropria-se de coisa alheia, ou deixa de prestar socorro, sendo identificado, é tipificado como autor de uma conduta

não aceita pela sociedade. O problema ocorre quando a pessoa física causadora do dano, por ação ou omissão não é identificada ou que o dano decorra de fatos que a ninguém se possa atribuir como nos casos fortuitos²⁰.

O conceito de culpa ou responsabilidade emerge neste contexto, tanto na relação contratual, descumprimento do combinado, como na extracontratual, conduta não combinada, mas danosa.

Nas relações individuais diretas com dano decorrente de ação ou omissão do agente contra a vítima, instala-se a responsabilidade ou dever de responder, em razão da conduta desejada, quando o agente desejava o resultado e agiu para tal, conduta dolosa, de má-fé, ou pela assunção do risco de causar tal dano.

Entretanto o dano pode ser causado por conduta igualmente reprovável, mas sem que o agente desejasse causar tal mal a outrem. É a culpa no sentido estrito, subjetiva, assentada na negligência, (descaso, omissão dos cuidados que deveria ter), imprudência, (afoiteza, sem medir as conseqüências ou com desprezo dos riscos) ou na imperícia, (procedimento técnico profissional imperfeito) ou ainda quando age com abuso de poder, quando apesar de não desejar o resultado a ele deu causa, direta ou indiretamente, ainda que contra a sua vontade.

Com o desenvolvimento progressivo da Civilização, consolidou-se o Estado de Direito, com regras expressas, disciplinando a formação dos Poderes Públicos e limitando a ação estatal, assim como restringindo a liberdade individual no limite do necessário ou impondo conduta determinada, obrigação^{15, 20}.

O descumprimento destas obrigações, (leis), acarreta sanção penal em nome do interesse público, (coletivo), ou reposição material, (individual), ou ambas. A esta relação entre direito/dever se dá o nome de responsabilidade, desde que presente a imputabilidade do agente, como regra geral, ou seja, consciência da conduta adotada, de modo que a responsabilidade pode ser civil, criminal e algumas situações ético-profissional, administrativa, sendo que estas podem operar de maneira independente ou simultânea.

No aspecto penal, incorrendo o autor em conduta delituosa, que possa ser tipificada, com correspondência em artigo penal, este agente poderá ser penalizado.

Causando dano por ação, omissão ou abuso de poder, deve repará-lo, conforme o código civil, desde que se prove o nexo causal entre a ação e o resultado lesivo, em caso de responsabilidade direta.

Ocorrendo o descumprimento indireto, a responsabilidade decorre do vínculo jurídico existente entre o causador direto do dano e o responsável pela conduta desse agente. A presunção de culpa do responsável pela

conduta do agente, assenta-se no pressuposto da má escolha, (culpa *in eligendo*) ou de falta de fiscalização, (culpa *in vigilando*), de modo que a responsabilidade de terceiro decorre da lei ou do contrato.

Ao réu para se eximir da responsabilidade de indenizar, cabe provar que o dano decorreu d conduta irregular, ou culpa da própria vítima, ou por excludentes de responsabilidade como legítima defesa, caso fortuito, força maior, fato de terceiro, intervenção legal, estado de necessidade etc. ou provar que não deu causa ao dano.

1.6- “ERRO MÉDICO”

Na doutrina do Direito e para exercício da Medicina, há a seguinte unanimidade: o médico deve agir com diligência e cuidado no exercício de sua profissão, exigíveis de acordo com o estado da ciência e as regras consagradas pela prática médica. O médico deve esclarecer seu paciente sobre a sua doença, prescrições a seguir, riscos possíveis, cuidado com o seu tratamento, aconselhamento ao paciente e seus familiares, bem como sobre as precauções essenciais requeridas pelo seu estado¹⁹.

O descumprimento de qualquer desses deveres, gerando dano material ou imaterial ao paciente, tem recebido denominação de erro médico, que seria a conduta voluntária ou involuntária, direta ou indireta, caracterizada como conduta profissional imperita, imprudente ou negligente que causa dano ao paciente.

Ocorrendo esta situação, três consequências poderão advir deste fato: punição administrativa, reparação civil e punição criminal.

A conduta ético-profissional, por força de lei, que delega esta competência, será aplicada pelo Conselho Regional de Medicina, que poderá aplicar a sanção administrativa cabível, independentemente da ocorrência de dano material ou moral ao paciente^{13, 15}.

O Código de Ética Médica vigente, instituído pela Resolução do Conselho Federal de Medicina 1246/88, estabelece uma série de normas de conduta profissional, de proibição ou de obrigação e, ainda o rol de prerrogativas individuais ou em grupo.

Este Código em seus artigos 143 e 144 prevê competência para que o Conselho Federal de Medicina, possa alterar mediante resoluções Normativas, revogando, modificando, complementando ou regulamentando os dispositivos atuais, de modo que estas Resoluções tem caráter obrigatório e cogente, a partir da data de sua publicação, para todos os médicos, no seu exercício profissional^{13,15}.

O Código de Processo Ético-Profissional resguarda que os princípios constitucionais do devido processo legal, contraditório, juiz natural e ampla defesa sejam assegurados ao médico, supostamente infrator. Os princípios do Direito Penal comum, como anterioridade da norma jurídica e pena individualizada, são respeitados, de maneira, que o médico somente poderá ser punido, após o devido julgamento, assegurado o seu direito constitucional de ampla defesa.

O Código de Processo Ético Profissional, utiliza subsidiariamente o Código de Processo Penal.

O médico ao ser condenado em um dos órgãos judicantes, não significa que também o seja automaticamente condenado ou absolvido no penal e no criminal, uma vez que as competências são distintas, mas sim que a coisa julgada em cada um deles poderá servir de subsídio para o outro¹⁹.

1.7- NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO MÉDICO

Entende-se que a relação jurídica que ocorre entre médico e paciente é de obrigação de meio, há controvérsias se seria válido para todas as especialidades médicas. Deste modo, cabe ao médico agir com o dever de empenhar-se de maneira eficiente, adequada e satisfatória, conforme expresso, dentre outros, nos artigos 2º, 5º, 14, 21, 27, 41 e 57 do Código de Ética Médica¹⁹.

Sendo o exercício da atividade profissional um contrato tácito ou expresso de meios, cumpre ao médico empenhar-se, tanto quanto possível e necessário para o bom resultado da prática médica, com o objetivo de curar o paciente. Isso implica em obrigação de utilização de todas as técnicas disponíveis, aceitas pelo consenso profissional e pautado em bases científicas adequadas ao fim proposto.

Qualquer resultado lesivo ao paciente, decorrente de imperícia, imprudência ou negligência, do médico no cumprimento do contrato de empenho, desembocará no direito/dever de indenizar, uma vez que nesta situação tem-se caracterizada a culpa. Direito de receber a indenização por parte da vítima, ou por quem a suceda e dever de reposição por parte do médico pela ação cometida ou omissão ocorrida. A eventual concordância do paciente, mesmo que prévia e escrita, (termo de consentimento livre e

esclarecido), não implicará na eliminação da responsabilidade jurídica do médico.

O número de processos por erro médico recebidos pelo Superior Tribunal de Justiça mais que triplicou entre os anos de 2002 a 2006, conforme dados obtidos no próprio STJ, com o número de ações passando de 120 para 398. A maioria destas ações tramitava naquele Tribunal questionando a responsabilidade exclusiva do médico e não das instituições. Para os médicos que acompanhavam o problema, o avanço das denúncias, revela que em parte os brasileiros estão mais conscientes de seus direitos.

Conforme Jornal do CREMESP, em 17 de março de 2009, a má-formação profissional dos médicos e a falta de condições de trabalho também estariam por trás desses dados.

No mesmo sentido as afirmações da Dra Ligia Bahia, médica e vice-presidente do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde do Rio de Janeiro, publicado no mesmo jornal do CREMESP, entende que não teria ocorrido um aumento da incidência de casos, mas sim uma evolução da população brasileira, que estaria mais consciente e que estaria perdendo o medo de denunciar. A seu ver os erros médicos não teriam aumentado, o que teria aumentado teria sido o seu registro, o que seria positivo, uma vez que, a sociedade estaria mais transparente. Estaria ocorrendo ainda uma mudança na relação médico-paciente, com o paciente não mais entendendo que o

medico estaria acima de qualquer suspeita, tornando dessa maneira a relação mais institucionalizada.

Esta médica menciona ainda que no Brasil temos péssimos prontuários, com registros de enfermagem não padronizados, diagnostico passado muitas vezes oralmente, e não por escrito, falta de condições de trabalho, baixa remuneração, falta de equipamentos, jornadas elevadas, falta de tempo para atualização, alta rotatividade de profissionais da saúde, dificultando o registro das etapas do tratamento do paciente.

A Dra. Célia Destri, advogada e presidente da Associação das Vítimas de Erros Médicos, refere que o aumento no numero de processos evidenciaria a qualidade da formação do médico, que ela classifica como péssima. A entidade que acompanha mais de mil processos por erro médico, relata que em 70% dos casos julgados, o paciente foi indenizado.

Ocorrendo oposição do paciente ou recusa de submeter-se ao tratamento que a ele se impuser, deve o médico alertá-lo claramente sobre as conseqüências que poderão advir desse ato, se possível com a presença de familiares, antes que se proceda a tal tratamento. Tais cuidados, se não atingirem o resultado desejado, autorização ou colaboração do paciente, servirão ao menos, como prova da impossibilidade de atendimento, para futura exclusão de responsabilidade do médico vez que se caracteriza culpa da própria vítima. Cumpre esclarecer ainda que o médico responda também

pelos auxiliares que com ele trabalham, caracterizando a culpa *in eligendo*, pelo fato de contratar o subordinado, ou culpa *in vigilando*, por não cercar-se dos devidos cuidados ao vigiar o trabalho destes, na eventualidade deles causarem dano.

Em resumo caracteriza-se a responsabilidade do médico do erro de conduta por ação ou omissão, por si ou por outrem, a seu mando¹⁹.

1.8- O PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL

A responsabilidade legal, no âmbito da responsabilidade ético-profissional é competência dos Conselhos Regionais de Medicina, que recebem, apuram e julgam todas as denúncias contra os profissionais médicos, na abrangência de cada Estado da Federação, onde o médico deverá estar inscrito, ao tempo do fato punível ou de sua ocorrência. Tal regulamentação é fornecida pela Resolução do Conselho Federal de Medicina 1617/01, conhecida como Código de Processo Ético-Profissional¹³.

¹⁵.

Pelo fato de algumas penas serem sigilosas, todo o processo nos Conselhos Regionais de Medicina deverá tramitar em sigilo, não se submetendo, portanto, ao princípio da publicidade, como geralmente ocorre na Justiça Comum.

Ocorrendo a denúncia ao Conselho Regional de Medicina, o médico denunciado está sujeito a apuração que segue duas fases: 1- sindicância, no qual ocorre a apuração dos fatos e 2- instauração do Processo Ético-Profissional.

As denúncias podem partir de reclamação encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, por escrito ou tomada a termo, na qual conste o relato dos fatos e a identificação do denunciante e denunciado, qualificação; fatos

que sejam de conhecimentos de Comissões de Éticas Médicas; ou por iniciativa do próprio Conselho Regional de Medicina, *ex officio*.

Instaurada a Sindicância, é nomeado um Conselheiro Sindicante ou Delegado do Conselho que apresenta relatório contendo a descrição dos fatos, circunstâncias em que ocorreram, identificação das partes, denunciante e médico ou médicos envolvidos e conclusão sobre a existência ou inexistência de indícios de infração ética.

O relatório da sindicância é apreciado por uma Câmara de Julgamento de Sindicâncias do Conselho Regional de Medicina. Cabe a esta Câmara, decidir com base na fundamentação fática e jurídica, decidir pelo arquivamento da denúncia, homologação de arquivamento, nos casos previstos em lei, ou instauração do Processo Ético-Profissional.

Os procedimentos realizados pela Câmara de Expedientes deverá ser referendada por Plenária de Conselheiros do Conselho.

Tendo deliberado pela abertura do Processo Ético-Profissional, no Parecer Inicial deverá conter os fatos e a fundamentação jurídica, com base no Código de Ética Médica em vigor, é nomeado um Conselheiro Instrutor, que irá coordenar a instrução do processo, quando as partes terão iguais oportunidades de apresentar provas de acusação e defesa, devido processo legal, contraditório, ampla defesa, contraditório e Juiz Natural.

Uma vez aberto o processo ético-profissional, este não poderá ser arquivado por desistência das partes, exceto pela ocorrência de falecimento do médico denunciado, situação em que ocorre a extinção do processo sem julgamento do mérito.

Denunciante e denunciado são novamente qualificados e após ciência e chamamento ao processo, são ouvidos e tem as suas declarações tomadas a termo. O mesmo ocorre com testemunhas que podem ser apresentadas pelas partes.

Concluída a instrução do processo e após as alegações finais pelas partes e análise do departamento jurídico do Conselho Regional de Medicina, o conselheiro apresenta relatório consubstanciado.

A próxima etapa consta da designação de um Conselheiro Relator e de um Conselheiro Revisor, que se responsabilizam por elaborar novos relatórios tomando por base a análise pormenorizada dos autos.

Recebidos os relatórios dos Conselheiros Relator e Revisor, é marcado o julgamento, sendo as partes notificadas da data com pelo menos dez dias de antecedência.

Na sessão de julgamento, o Conselheiro Relator e Revisor, fazem a leitura de seus relatórios, a seguir a parte tem o direito a dez minutos de sustentação oral.

Finda esta etapa, é aberto espaço para esclarecimentos dos conselheiros e posterior discussão de mérito em seguida, abre-se novamente tempo para manifestação oral final das partes, para alegações finais, caso assim o desejem.

Após a manifestação final das partes, são proferidos os votos dos conselheiros vogais, quanto às preliminares, culpabilidade, capitulação e apenação, quando houver, oralmente e seqüencialmente, pelo Conselheiro Relator e Revisor, manifestação de voto, divergente ou não, quando houver e, ao final, pelos demais Conselheiros. Proferidos todos os votos, o presidente da sessão anuncia o resultado do julgamento, designando para redigir o respectivo acórdão.

Somente podem participar do julgamento, as partes envolvidas e seus respectivos advogados e os conselheiros do Conselho Regional de Medicina, que participarão do julgamento, em ambiente que resguarde a privacidade e o sigilo.

As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais de Medicina aos seus membros são as previstas no artigo 22 da Lei Federal 3.268/57 e são as seguintes:

Pena A- Advertência confidencial em aviso reservado.

Pena B- Censura confidencial em aviso reservado.

Pena C- Censura Pública em publicação oficial.

Pena D- Suspensão do exercício profissional até trinta dias.

Pena E- Cassação do exercício profissional *ad referendum* do Conselho Federal de Medicina.

Da imposição de qualquer penalidade cabe recurso de apelação, que pode ser interposto por qualquer das partes, no prazo de trinta dias contados a partir do recebimento do acórdão, para o pleno do Conselho Regional de Medicina, quando não houver unanimidade, ou então, para o Conselho Federal de Medicina, ocorrendo unanimidade de votos.

Conforme dados obtidos no sítio eletrônico do CREMESP, com dados fornecidos em 2007, o número de médicos denunciados no Conselho, havia aumentado em 75% e o número de processos, havia crescido 120%, quando comparado com dados de sete anos antes.

35% das denúncias e 43% dos processos contra médicos, estavam relacionados à suposta má-prática profissional, (imperícia, imprudência e negligência do médico).

1.9- MÉDICOS PROCESSADOS SEGUNDO ASSUNTOS MAIS FREQUENTES

(CREMESP 2000 – 2006)

Assunto presente no processo	médicos processados	%
Má prática	1624	43,07
Relações de trabalho	476	12,62
Relação médico-paciente	451	11,96
Publicidade médica	260	6,89
Omissão de socorro e abandono de plantão	174	4,61
Laudos, perícias e atestados	172	4,56
Conivência com o exercício ilegal da medicina	102	2,70
Assédio sexual	94	2,49
Atendimento em saúde da mulher	87	2,30
Vínculo com comércio, ópticas e laboratórios	59	1,56
Concorrência desleal entre médicos	56	1,48
Incapacidade para o exercício profissional	54	1,43

Tabela 1

A cirurgia plástica era a especialidade médica com maior número de processos.

Os médicos eram duas vezes mais processados que as médicas.

O CREMESP levava a julgamento, em média, mais de um médico por dia.

De 2000 a 2007, 1250 médicos, foram punidos após o devido processo.

Cabe menção que no período avaliado de sete anos, 2000 a 2007, ainda conforme dados obtidos no CREMESP, o número de médicos denunciados no Conselho, aumentou em 75%, bem acima da taxa de crescimento da população. De 2023 médicos denunciados em 2000, o numero subiu para 3569 em 2006.

Nesse mesmo período, houve um crescimento de 26% dos médicos inscritos no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, sendo que em 2006, o numero de profissionais médicos em atividade no Estado de São Paulo, somava 92517, com a população crescendo cerca de 11%, no período analisado.

Conforme trabalho publicado por Boyacian e Camano, no período de 1994 a 2004, das 24678 denuncias protocoladas no CREMESP, contra

médicos que atuavam no Estado de São Paulo, 4138, deram origem a processos ético-disciplinares, dentre estes médicos, 503 (12,2%), estavam relacionados com o exercício da especialidade de ginecologia e obstetrícia, envolvendo 781 médicos, (pode ocorrer de mais de um médico denunciado em um mesmo processo).

Gráfico 6 - Evolução do número de denúncias, inscritos e população (2000 a 2006)

Obs.: O mesmo médico pode ter sido denunciado mais de uma vez.
 Fonte: Centro de Dados do Cremesp, 2007

Gráfico 6-

Fonte CREMESP

Processos ético-profissionais em andamento no Cremesp (2000 a 2006)

Fonte: Centro de Dados do Cremesp, 2007

Gráfico 7

Fonte CREMESP

2. OBJETIVOS

2- OBJETIVOS

O presente estudo propõe-se a correlacionar analiticamente o resultado de pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, de avaliação das condições de funcionamento dos Serviços de Saúde vinculados ao ensino médico no Estado de São Paulo, com as denúncias apresentadas contra médicos no mesmo Conselho Regional de Medicina, na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, durante o período de tempo compreendido entre os anos de 2000 a 2005.

Verificando ainda, se as condições de formação técnico - profissional do estudante de medicina, na dependência das escolas médicas analisadas, corresponde a maior risco de ser denunciado ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, por situações tipificadas como possíveis infrações ético-profissionais e falhas na formação médica, na especialidade citada.

3. MÉTODOS

3- MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de coorte transversal, de médicos denunciados ao CREMESP, em determinado período de tempo, (2000 a 2005) limitado à realidade apresentada e ao levantamento de hipóteses que possam eventualmente explicá-las.

A pesquisa utilizou dados obtidos de estudo realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), coletados entre setembro de 2004 à janeiro de 2005, o qual avaliou as condições de funcionamento dos serviços de saúde vinculados ao ensino médico, ou seja, no interior dos quais aconteciam os estágios de quinto e sexto ano de graduação em medicina (8

As escolas médicas foram divididas em dois grandes grupos, considerando a sua característica de ser mantida por iniciativa privada ou pública (natureza jurídica).

Cada um destes grupos foi subdividido em outros três subgrupos, considerando o tempo de início da atividade da escola médica.

O primeiro grupo constitui-se por escolas médicas com autorização para funcionamento de 1808 até o ano de 1971; o segundo grupo é

composto de escolas médicas autorizadas a funcionar entre os anos de 1971 até 1990 e o terceiro grupo após 1990.

Utilizou-se outro banco de dados do CREMESP, constituído de médicos denunciados, no período de tempo 2000 a 2005, na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia. As denúncias foram analisadas sob o prisma da infração ético-profissional supostamente cometidas e tipificadas pelo Conselho Federal de Medicina.

Para o conjunto destes médicos foram considerados os seguintes parâmetros: gênero, idade, escola médica de origem, tempo de graduação, se fez ou não residência médica, se possuía título de especialista concedido por sociedade de especialidade.

O critério de inclusão ao estudo foi o de ser médico denunciado ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, praticante da especialidade de ginecologia e obstetrícia, durante os anos de 2000 à 2005, conforme consulta ao arquivo do próprio Conselho e que foram submetidos às Câmaras de sindicâncias e julgamentos do CREMESP. Os dados assim obtidos foram digitados em banco de dados do programa *Excel Windows*, para posterior análise comparativa com aqueles contidos no programa *Epi-Info 6*, referentes à análise dos locais de treinamento ao longo da graduação.

Mesmo não se tratando de controle ideal arbitrou-se que a análise transversal e comparativa entre os dois bancos de dados poderia auxiliar a entender os resultados relativos ao número de denúncias de acordo com a escola de origem.

Os dados são sigilosos e serão preservados, não se utilizando nenhuma maneira que permita a identificação dos médicos denunciados.

Os delitos considerados neste estudo foram classificados de maneira artificial e arbitrária como profissionais e éticos, visando a melhor apreciação dos fatos.

Os delitos profissionais dizem respeito à formação do profissional médico e tem correspondência nos artigos 4º, 5º, 29 e 57 do Código de Ética Médica de 1988, em vigor à época do estudo e por ocasião do fato gerador da denuncia no CREMESP.

Os demais delitos envolviam principalmente questões que foram entendidas como éticas – relacionadas ao caráter e a princípios morais, e que foram classificadas como falta a plantão, cobrança indevida de honorários, relação inadequada com os demais médicos, associação com não médicos (prática ilegal da medicina), procedimentos com o propósito de angariar clientela, quebra de sigilo médico, entre outros.

3.1- VARIÁVEIS ESTUDADAS:

Sindicâncias protocoladas e Processos Ético-profissionais submetidos ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, estudando-se todas as denúncias do período, quanto à sua natureza, de acordo com o (s) artigo(s) infringido (s).

Sindicâncias e Processos Ético-profissionais relacionados com a especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, e que foram submetidos à análise (sindicância) e julgamento no período de 2000 a 2005, pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Análise dos médicos conforme gênero, faixa etária, curso de graduação conforme critérios (particular ou privado, origem, caracterização da escola de origem, tempo de atuação no estado) tempo de graduação, residência médica, título de especialista e, caracterização da denúncia.

Dos locais de treinamento no internato, foram estudados os hospitais de ensino, conforme características de funcionamento, agrupados de acordo com o seu caráter, se privado ou público, presença de preceptores acompanhando os alunos, presença de local para estudo, biblioteca, rede mundial de computadores (internet) disponível para os alunos, preenchimento adequado de prontuários médicos, presença de comissões

obrigatórias (como de ética médica, prontuário, de óbitos e de infecção hospitalar)

Delitos profissionais e delitos éticos, conforme estabelecido de forma arbitrária no presente estudo.

Os dados obtidos no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, foram antecidos de autorização do presidente do Conselho em exercício.

Os dados foram analisados através dos programas estatísticos MS Excel e SPSS, utilizando-se os testes do qui-quadrado para proporções, ajustado pelo método de correção de Bonferroni.

Utilizou-se o nível de significância de 5%, 0,050.

4.RESULTADOS

4- RESULTADOS

Descrição dos grupos de escolas médicas do Brasil

As denúncias apresentadas ao CREMESP no período de tempo estudado foram agrupadas então alocadas em grupos, de acordo com a época de sua inauguração, por períodos:

A1 ou B1 - escolas médicas abertas de 1808 a 1970;

A2 ou B2 - escolas médicas abertas entre 1971 a 2000;

A3 ou B3 - escolas médicas abertas após 2001.

C – Formados fora do Brasil (exterior), com diplomas devidamente revalidados.

As escolas do grupo A correspondem àquelas de caráter público e as designadas pela B correspondem às particulares. Considerou-se o número de médicos denunciados, por grupo de escolas, número de médicos formados por escola e a correspondente proporção de denunciados, em função do número de formados, até a época do estudo (tabela 02).

A Tabela 02 mostra o número de médicos denunciados e o número estimado de médicos formados por escola, a partir dos quais calculou-se a proporcionalidade percentual de denúncias (médicos denunciados sobre o número de médicos formados).

Grupo	Número de médicos denunciados	Número estimado de graduados	Proporção
A1	4066	173437	2,34%
A2	34	1952	1,74%
A3	1	60	1,67%
B1	3684	81714	4,51%
B2	391	4400	8,89%
B3	75	1340	5,60%
C	81	—	—
Total	8332	262903	3,17%

Tabela 02 – Proporção de denúncias no CREMESP, de acordo com a escola médica de origem do denunciado, no período de 2000-2005, na especialidade de Obstetrícia e Ginecologia. A1 ou B1 - escolas médicas abertas de 1808 a 1970; A2 ou B2 - escolas médicas abertas entre 1971 a 2000; A3 ou B3 - escolas médicas abertas após 2001; C – Formados fora do Brasil, com diplomas devidamente revalidados. (A = pública; B = particular)

Gráfico 8 – Proporção comparativa de denúncias por escola médica de origem dos egressos denunciados, de acordo com o período de início do funcionamento das escolas médicas.

ANTIGAS = escolas do subgrupo A1 e B1;

MEDIANAS = escolas do subgrupo A2 e B2;

NOVAS = escolas médicas que iniciaram o funcionamento após 2001.

Por conta da baixa representatividade do grupo A3 e B3, uma vez que no período de estudo haviam formado apenas uma turma de médicos, ambos foram incorporados e somados ao subgrupo '2'

Grupo	Número de sujeitos denunciados	Número estimado de graduados	Proporção
A1	4066	173437	2,34%
A2 e A3	35	2012	1,74%
B1	3684	81714	4,51%
B2 e B3	466	5740	8,12%
C	81	—	—
Total	8332	262903	3,17%

Tabela 03 – Proporção de denúncias no CREMESP, de acordo com a escola médica de origem do denunciado, no período de 2000-2005, na especialidade de Obstetrícia e Ginecologia. A1 ou B1 - escolas médicas abertas de 1808 a 1970; A2 e A3; B2 e B3 escolas médicas abertas entre 1971 até depois 2001; C – Formados no exterior, com diplomas devidamente revalidados. (A = pública; B = particular)

Gráfico 9– Proporção de comparativas de denúncias no CREMESP, de acordo com a escola médica de origem do denunciado, no período de 2000-2005, na especialidade de Obstetrícia e Ginecologia. A1 ou B1 = escolas médicas abertas de 1808 a 1970; A2 e A3; B2 e B3 = escolas médicas abertas entre 1971 até depois 2001; C = Formados fora do Brasil, com diplomas devidamente revalidados. (A = pública; B = particular)

Ao incorporar o último período (escolas autorizadas e em funcionamento após 2001) com aquelas em funcionamento desde 1971 até 2000 (gráfico 8), observa-se com clareza que a aparente redução de proporção de denúncias observado no gráfico 7 deve-se, principalmente ao menor tempo de atividade profissional no período de tempo analisado. Permanece a

diferença para maior, a proporção de denúncias contra egressos das escolas particulares em relação às públicas, sendo que essas últimas mantêm seus baixos índices.

4.1- Descrição Dos Grupos De Escolas Médicas Localizadas No Estado De São Paulo

Inicialmente, calculou-se o número de médicos denunciados no CREMESP, por grupo. A seguir, calculou-se o número de sujeitos graduados pelas escolas médicas localizadas no Estado de São Paulo, a partir do ano de 1950.

Finalmente, foi calculada a proporção de sujeitos denunciados em função do número de formados, por grupo:

grupos	Número de médicos denunciados	Número estimado de formados	Proporção
1	2626	28264	9,29%
1	2510	19996	12,55%
2	354	2340	15,13%
3	29	620	4,68%
total	5519	51220	10,78%

Tabela 4 – Número de médicos denunciados, número de médicos formados e proporção percentual de denúncias, de acordo com a natureza jurídica e a época de abertura do curso no Estado de São Paulo. A1 ou B1 - escolas médicas abertas de 1950 a 1970; A2 e A3; B2 e B3 escolas médicas abertas entre 1971 até depois 2001; C – Formados no exterior, com diplomas devidamente revalidados. (A = pública; B = particular) (A = pública, B = Particular)

Devido à baixa representatividade do grupo '3' (B3), frente aos demais grupos, esse foi aglutinado ao grupo '2', obtendo-se deste modo:

Grupo	Número de sujeitos processados	Número estimado de formados	Proporção
A1	2626	28264	9,29%
B1	2510	19996	12,55%
B2 e B3	383	2960	12,94%
Total	5519	51220	10,78%

Tabela 5 – Número de médicos denunciados, número de médicos formados e proporção percentual de denúncias, de acordo com a natureza jurídica e a época de abertura do curso no Estado de São Paulo. A1 ou B1 = escolas médicas abertas de 1808 a 1970; A2 e A3; B2 e B3 = escolas médicas abertas entre 1971 até depois 2001; C = Formados fora do Brasil, com diplomas devidamente revalidados. (A = pública; B = particular)

A representação gráfica feita após o procedimento de incorporação do subgrupo B3 ao B2 desfaz o descenso de denúncias observado no gráfico 9. Não houve eventos registrados, que pudessem ser avaliados no grupo de escolas públicas nesse período:

Gráfico 10 – Representação gráfica da proporcionalidade de denúncias por grupo (público – azul; particular – vermelho). ANTIGAS = s escolas do subgrupo A1 e B1; MEDIANAS = escolas do subgrupo A2 e B2; NOVAS = escolas médicas que iniciaram o funcionamento após 2001. A cor azul representa as escolas de carácter público, em vermelho, aquelas de natureza privada ou particular.

4.2- COMPARAÇÃO ENTRE OS MOMENTOS DE ABERTURA DAS ESCOLAS

A aplicação do *Teste de Qui-quadrado* para Proporções, com o intuito de verificar diferenças entre os três momentos de abertura das escolas, para cada tipo de escola (pública e privada), revela:

Momento de Criação	Escola	
	Pública	Particular
1808 a 1970	2,34%	4,51%
1971 a 2000	1,74%	8,89%
Após 2001	1,67%	5,60%
Significância (p)	0, 139	$\leq 0,001$

Tabela 6 – Análise comparativa entre os três momentos de abertura, para cada natureza (pública ou privada) das escolas médicas, conforme definido nesse estudo. A proporção de denúncias é significativamente maior nas escolas particulares com $p \leq 0,001$

Como foi encontrada diferença estatisticamente significativa, quando as três proporções do grupo B foram comparadas concomitantemente, reaplicou-se o *Teste de Qui-quadrado* para Proporções, ajustado pela *Correção de Bonferroni*, para identificar-se quais proporções se diferenciavam das demais:

	Par de grupos		
Comparação Entre Escolas Particulares (Grupo B)	B1 x B2	B1 x B3	B2 x B3
Nível de significância (p)	$\leq 0,001$	0,128	0,171

Tabela 7 – Comparação estatística entre as escolas particulares, nos três períodos de tempo estudados. (B1 = 1808 à 1970; B2 = 1971 à 2000; B3 = após 2001), observando-se diferença significativa apenas entre as escolas particulares B1 e B2 ($p < 0,001$)

Do mesmo modo, somaram-se as ocorrências dos grupos ‘2’ e ‘3’, que foram a seguir, comparadas por meio da aplicação do *Teste de Qui-quadrado* para Proporções:

Momento de Criação	Escola	
	Pública (A)	Particular (B)
1808 à 1970	2,34%	4,51%
Após 1971	1,74%	8,12%
Nível de significância (p)	0,392	$\leq 0,001$

Tabela 8– Comparação estatística das proporções de denúncias contra médicos egressos das escolas públicas (grupo A) e particulares (B)

4.3- COMPARAÇÃO ENTRE AS ESCOLAS MÉDICAS PÚBLICAS E PARTICULARES

Com o objetivo de se verificar as possíveis diferenças quanto à natureza jurídica, aplicou-se o *Teste de Qui-quadrado* para Proporções, entre os dois tipos de escola (pública e particular), para cada momento de sua abertura.

Momento de Criação	Escola		Nível de Significância (p)	Tabela 9 – Análise geral comparativa das proporções de denúncias de acordo com a natureza jurídica e o momento de criação das escolas médicas paulistas estudadas.
	Pública	Particular		
1808 a 1970	2,34%	4,51%	$\leq 0,001$	
1971 a 2000	1,74%	8,89%	$\leq 0,001$	
Após 2001	1,67%	5,60%	0,360	

álise geral comparativa das proporções de denúncias de acordo com a natureza jurídica e o momento de criação das escolas médicas paulistas estudadas.

A ausência de nível de significância de acordo com o estabelecido para o período após 2001, pode se dever ao tamanho da amostra.

4.4- COMPARAÇÕES DAS ESCOLAS DE MEDICINA NO ESTADO DE SÃO PAULO DE ACORDO COM AS DATAS DE CRIAÇÃO

Com o objetivo de verificar possíveis diferenças entre as escolas médicas localizadas no Estado de São Paulo, quanto a proporção de denúncias, de acordo com a data de criação e a característica administrativa, (pública e privada) aplicou-se o *Teste de Qui-quadrado para Proporções*.

Consideraram-se mais antigas, as escolas instaladas a partir de 1913 até 1970, medianas de 1971 a 2000 e mais novas, a partir de 2001:

Momento de Criação	Escola	
	Pública	Particular
MAIS ANTIGAS	9,29%	12,55%
MEDIANAS	—	15,13%
MAIS NOVAS	—	4,68%
Significância (p)	—	< 0,001

Tabela 10 – Análise comparativa das proporções de denúncias de acordo com a natureza jurídica e o momento de criação das escolas médicas paulistas estudadas.

Como foi encontrada diferença estatisticamente significativa, quando 'B' foram comparadas concomitantemente, reaplicou-se o *Teste de Qui-quadrado para Proporções*, ajustado pela *Correção de Bonferroni*, para identificar quais proporções diferem entre si, observando-se diferença significativa em todos os períodos considerados no estudo:

Par de grupos		
B1 x B2	B1 x B3	B2 x B3
0,423	0,003	< 0,001

Tabela 11- Análise comparativa das proporções de denúncias nas escolas privadas, nos diversos períodos de início de funcionamento, de acordo com os critérios utilizados. (B1 = 1913 à 1970; B2 = 1971 à 2000; B3 = após 2001).

Do mesmo modo como feito anteriormente os subgrupos '2' e '3 foram fundidos e foram comparados por meio da aplicação do *Teste de Qui - quadrado para Proporções*:

Momento de Criação	Escola	
	Pública	Particular
Até 1970	9,29%	12,55%
Após 1971	—	12,94%
Significância (p)	—	0,426

Tabela 12 – Comparação por períodos da proporção de denúncias, de acordo com a natureza jurídica da escola médica. Houve aumento não significativo de médicos denunciados provenientes de escolas particulares.

4.5- COMPARAÇÕES ENTRE OS DOIS TIPOS DE ESCOLAS MÉDICAS LOCALIZADAS NO ESTADO DE SÃO PAULO

Aplicou-se o *Teste de Qui-quadrado para Proporções*, com o intuito de verificar- se possíveis diferenças entre os dois tipos de escola (pública e particular), para cada momento de criação:

Momento de Criação	Escola		Significância (p)
	Pública	Particular	
Até 1970	9,29%	12,55%	0,265
1971 a 2000	—	15,13%	—
Após 2001	—	4,68%	—

Tabela 13 – Proporções de denúncia de acordo com o momento de criação e a natureza jurídica das escolas.

Fundindo-se os subgrupos nos períodos mais recentes observa-se que há semelhanças, sem diferenças significativas entre os si.

Momento de Criação	Escola		Significância (p)
	Pública	Particular	
Até 1970	9,29%	12,55%	0,265
Após 1971	—	12,94%	—

Tabela 14 – Proporção percentual de denúncias de acordo com a natureza jurídica das escolas médicas paulista, nos dois períodos considerados para análise.

Os médicos denunciados ao CREMESP foram analisados do ponto de vista sócio - demográfico. A seguir segue a comparação quanto a faixa etária (menor ou maior de 40 anos de idade) dos egressos das escolas médicas públicas e privadas.

ESCOLA	Faixa Etária		Total
	< 40	>= 40	
Pública	1984	2117	4101
	48,40%	51,60%	100,00%
Privada	2403	1747	4150
	57,90%	42,10%	100,00%
Exterior	27	54	81
	33,30%	66,70%	100,00%
Total	4414	3918	8332
	53,00%	47,00%	100,00%

Tabela 15 - Análise comparativa quanto à faixa etária (menor ou maior de 40 anos de idade) dos médicos denunciados, de acordo com a natureza da escola de origem ($p \leq 0,001$).

Ocorreu maior frequência de denúncias contra médicos com idade igual ou superior a 40 anos nas escolas públicas e entre aqueles formados no

exterior, enquanto que para os egressos das escolas particulares o maior percentual de denúncias envolveu médicos com idade inferior a 40 anos de idade.

4.6- DADOS DESCRITIVOS DOS LOCAIS DE ENSINO DAS ESCOLAS MÉDICAS NO ESTADO DE SÃO PAULO

Gráfico 11– Análise do funcionamento das comissões obrigatórias e de infraestrutura física de oferta de ensino nos diferentes locais de ensino/treinamento dos alunos das escolas médicas públicas (azul) e privadas (privada), conforme as variáveis CEM = presença de Comissão de Ética Médica; CCIH = presença de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; CRP = presença de Comissão de Revisão de Prontuários; S.aula = presença de sala de aula; Audit = presença de auditório; Bibliot = presença de biblioteca; Internet = acesso a rede internet; S.est = presença de sala de estudo.

Gráfico 12 – Desempenho das instituições quanto a supervisão dos internos em ginecologia e obstetrícia, de acordo com a natureza jurídica das escolas. Superv. Docente = supervisão por docente ou preceptor; Superv. plant. = supervisão por plantonista ou diarista; Superv.resid = supervisão por residente; Superv.interno = supervisão prestada por interno do ano subsequente.

Gráfico 13 – Porcentagem da supervisão aos internos (alunos do 5° e 6° anos) de acordo com a presença do docente em horas, na assistência aos procedimentos obstétricos, nos hospitais escola, localizados no Estado de São Paulo. Supervisão diária prestada por docente em todos os turnos; Supervisão diária prestada por docente ao menos em um turno; Supervisão diária prestada por docente com presença variável; Supervisão diária prestada sem a presença de docente.

Gráfico 14 – Supervisão do interno durante o atendimento ao parto normal, de acordo com o profissional que a realiza. Supervisão ao parto normal (PN) prestada por docente; por diarista; por residente; sem supervisão.

Gráfico 15 – Condições de infra - estrutura e existência de comissões obrigatórias nos hospitais-escola públicos e privados, onde as escolas médicas atuam, conforme a data de abertura das escolas médicas, no Estado de São Paulo, de 1913 a 1970 e após 1971.

Gráfico 16 – Análise comparativa dos hospitais-escola públicos e privados, do Estado de São Paulo, onde as escolas médicas atuam, de acordo com a atividade desenvolvida pelos internos, de 1913 a 1970 e após 1971.

Gráfico 17 – Situação das Comissões obrigatórias e infra – estrutura física dos hospitais-escola conveniados, onde atuam as escolas médicas no Estado de São Paulo, após 1971, (todas as escolas neste período são privadas). Total de hospitais = 14. CEM = presença de Comissão de Ética Médica; CCIH = presença de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; CRP = presença de Comissão de Revisão de Prontuários; CRO = Comissão de revisão de prontuários, S.aula = presença de sala de aula; Audit = presença de auditório; Bibliot = presença de biblioteca; Internet = acesso a rede internet; S.est = presença de sala de estudo.

**4.7- Tipos de delitos ético-profissionais que motivaram as denúncias
contra médicos no CREMESP**

Classificação do erro	Assunto	Pública	Particular	Total
Profissional	CIRURGIA	3	4	7
Profissional	ERRO DIAGNOSTICO	6	12	18
Profissional	NEGLIGENCIA	104	131	235
Profissional	OMISSÃO	6	1	7
Profissional	PRONTUÁRIO MÉDICO	3	0	3
Subtotal		122	148	270
Ético	ABANDONO DE PACIENTES	0	3	3
Ético	ABANDONO PLANTÃO	3	4	7
Ético	ABORTO	2	1	3
Ético	ACUMPLIAMENTO	9	4	13
Ético	ALICIAMENTO	0	1	1
Ético	ANESTESIAS	0	4	4
Ético	ASSÉDIO	3	4	7
Ético	ATENDIMENTO	21	34	55
Ético	ATESTADO DE ÓBITO	0	1	1
Ético	ATESTADO MÉDICO	2	10	12
Ético	AUDITORIA	0	1	1
Ético	CARIMBO	0	1	1

Classificação do erro	Assunto	Pública	Particular	Total
Ético	CERCEAMENTO	1	1	2
Ético	CODAME	16	6	22
Ético	COMERCIALIZACAO MEDICAMENTOS	0	2	2
Ético	CONCORRÊNCIA	1	0	1
Ético	CONVÊNIOS	1	0	1
Ético	CORPO CLÍNICO	1	0	1
Ético	DIFAMAÇÃO	0	1	1
Ético	DIRETOR CLÍNICO	3	2	5
Ético	ENFERMAGEM	0	1	1
Ético	ESTERILIZAÇÃO	1	0	1
Ético	FARMÁCIA	0	3	3
Ético	FRAUDE	4	3	7
Ético	HONORÁRIOS	6	5	11
Ético	HOSPITAL	3	9	12
Ético	IGNORADO	1	1	2
Ético	INCAPACIDADE	2	1	3
Ético	INFECÇÃO HOSPITALAR	1	0	1
Ético	INTERNAÇÃO HOSPITALAR	0	1	1
Ético	LAUDO	1	2	3

Ético	MEDICO contra MEDICO	4	8	12
Ético	MÉDICO PACIENTE	5	6	11
Ético	MERCANTILIZAÇÃO	3	1	4
Ético	ÓBITO FETAL	4	9	13
Ético	ÓBITO MATERNO	5	4	9
Ético	PARTO	1	0	1
Ético	PERÍCIA	3	3	6
Ético	PRESCRIÇÃO MÉDICA	1	0	1
Ético	PROFISSIONAL	22	24	46
Ético	RECEITUÁRIO	1	0	1
Ético	RESPONSABILIDADE	3	2	5
Ético	TRANSFERÊNCIA	5	5	10
Ético	TRANSFUSÃO	1	0	1
Ético	TRATAMENTO	0	2	2
Subtotal		140	170	310
Total		262	318	580

Tabela 16 – Classificação das denúncias contra médicos obstetras e ginecologistas de acordo com classificação do erro, se profissional (relacionada aos modelos e oportunidades durante a graduação) ou ética (relacionada principalmente ao caráter, moral e princípios do médico).

Aplicação do *Teste de Qui-quadrado para Proporções*, para se verificar possíveis diferenças entre as escolas e os tipos de denúncia, caracterizados como modalidade ética ou profissional:

Assunto	Escola		Significância (p)
	Pública	Particular	
Profissional	122	148	0,077
Ético	140	170	0,997
Significância (p)	0,995	0,995	—

Tabela 17 – Análise comparativa entre os grupos de escolas médicas, de acordo com o registro do tipo de denúncia efetivada contra seus egressos.

Gráfico 18 – Comparação entre os grupos de escolas médicas, de acordo com a natureza jurídica, referente ao tipo de denúncia, se classificada como profissional (relacionada aos modelos e oportunidades durante a graduação) ou ética (relacionada principalmente ao caráter, moral e princípios do médico).

4.8-Classificação das Denúncias contra médicos obstetras e ginecologistas de acordo com a classificação de erro arbitrado e o assunto, no conjunto de todas as escolas (Pública e Particular)

Classificação do Erro	Assunto	Total
Profissional	NEGLIGÊNCIA	235
Ético	ATENDIMENTO	55
Ético	PROFISSIONAL	46
Ético	CODAME	22
Profissional	ÊRRO DIAGNÓSTICO	18
Ético	ACUMPLIAMENTO	13
Ético	ÓBITO FETAL	13
Ético	ATESTADO MÉDICO	12
Ético	HOSPITAL	12
Ético	MÉDICO- MÉDICO	12
Ético	HONORÁRIOS	11
Ético	MÉDICO- PACIENTE	11
Ético	TRANSFERÊNCIA	10
Ético	ÓBITO MATERNO	9
Ético	ABANDONO PLANTÃO	7
Ético	ASSÉDIO	7
Profissional	CIRURGIA	7

Classificação do Erro	Assunto	Total
Ético	FRAUDE	7
Profissional	OMISSÃO	7
Ético	PERÍCIA	6
Ético	DIRETOR CLÍNICO	5
Ético	RESPONSABILIDADE	5
Ético	ANESTESIAS	4
Ético	MERCANTILIZAÇÃO	4
Ético	ABANDONO DE PACIENTES	3
Ético	ABORTO	3
Ético	FARMÁCIA	3
Ético	INCAPACIDADE	3
Ético	LAUDO	3
Profissional	PRONTUÁRIO MÉDICO	3
Ético	CERCEAMENTO	2
Ético	COMERCIALIZAÇÃO MEDICAMENTOS	2
Ético	IGNORADO	2
Ético	TRATAMENTO	2
Ético	ALICIAMENTO	1
Ético	ATESTADO DE ÓBITO	1

Classificação do Erro	Assunto	Total
Ético	AUDITORIA	1
Ético	CARIMBO	1
Ético	CONCORRÊNCIA	1
Ético	CONVÊNIOS	1
Ético	CORPO CLÍNICO	1
Ético	DIFAMAÇÃO	1
Ético	ENFERMAGEM	1
Ético	ESTERILIZAÇÃO	1
Ético	INFECÇÃO HOSPITALAR	1
Ético	INTERNAÇÃO HOSPITALAR	1
Ético	PARTO	1
Ético	PRESCRIÇÃO MÉDICA	1
Ético	RECEITUÁRIO	1
Ético	TRANSFUSÃO	1
	TOTAL	580

Tabela 18 – Classificação da denúncia de acordo com assunto, para todas as escolas médicas estudadas (pública e particular)

Aglutinando as classes menos representativas na categoria 'outros',

temos:

Classificação do Erro	Assunto	Total
Profissional	NEGLIGÊNCIA	235
Ético	ATENDIMENTO	55
Ético	PROFISSIONAL	46
Ético	CODAME	22
Profissional	ERRO DIAGNÓSTICO	18
Ético	ACUMPLIAMENTO	13
Ético	ÓBITO FETAL	13
Ético	ATESTADO MEDICO	12
Ético	HOSPITAL	12
Ético	MÉDICO MEDICO	12
Ético	HONORÁRIOS	11
Ético	MÉDICO- PACIENTE	11
Ético	TRANSFERÊNCIA	10
Ético	ÓBITO MATERNO	9
Ético	ABANDONO PLANTÃO	7
Ético	ASSÉDIO	7
Profissional	CIRURGIA	7
Ético	FRAUDE	7
Profissional	OMISSÃO	7

Classificação do Erro	Assunto	Total
Ético	PERÍCIA	6
Ético	DIRETOR CLÍNICO	5
Ético	RESPONSABILIDADE	5
Ético / Profissional	OUTROS	50
	TOTAL	580

Tabela 19 – Reclassificação das denúncias associando as menos freqüentes na categoria outros.

Gráfico 19 – Denúncias de acordo com o assunto referente aos médicos obstetras e ginecologistas denunciados no CREMESP no período estudado.

5.DISSCUSSÃO

4- DISCUSSÃO

A história do ensino da Medicina no Brasil inicia-se com a chegada da Família Real Portuguesa e a autorização para o funcionamento do primeiro Curso Médico Cirúrgico na Bahia e ainda, no mesmo ano, da Escola de Anatomia e Cirurgia do Rio de Janeiro, ambas ocorrendo em 1808 e que são as duas primeiras escolas médicas instaladas no país.

Em conformidade com a realidade do país naquele momento, a próxima escola de medicina passa a funcionar após noventa anos, com a abertura da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, que ocorre em 1899, nos primórdios da República. Em 1913, começou a Faculdade de Medicina de São Paulo.

No século XX, novos cursos são implantados e em 1960, o Brasil contava com vinte e nove cursos de medicina.

Após o governo militar instalado no país em 1964, e até o ano de 1980, foram criados cinquenta escolas médicas, a maioria delas particulares.

Em janeiro de 2005, o Brasil contava com 123 cursos de medicina em atividade, e com vários outros em via de implantação, aguardando parecer favorável do Ministério da Educação e Cultura.

Ao se analisar a distribuição das escolas médicas pelo território nacional, em 2005 constata-se uma concentração destas na região sul e sudeste, regiões que detêm aproximadamente 75% das faculdades de medicina, 26 destas localizadas no Estado de São Paulo, sendo que apenas sete eram públicas, uma federal e seis estaduais.

Ao final de 2005, o Estado de São Paulo contava com 86.413 médicos em atividade, conforme dados obtidos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Neste mesmo ano, a população estimada para este Estado, era de 39.239.362 habitantes, conforme dados obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, revelando uma relação de um médico para 454 habitantes.

Verifica-se que a quantidade de médicos tem aumentado numa proporção maior do que a do crescimento populacional. Desta maneira tem ocorrido uma oferta de médicos anualmente no mercado de trabalho, que se concentram em determinados bolsões, a despeito de locais desprovidos deste profissional, ao que as entidades médicas consideram importante fator contributivo para o aviltamento da profissão. O grande número de médicos, a concentração desses em determinados locais e fatos relacionados à sua formação profissional possivelmente colaboram para que sejam

denunciados, em número cada vez maior, no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

O número de cursos médicos autorizados a funcionar nos últimos anos, em escolas sem os critérios adequados para a formação de médicos, pode favorecer a oferta de profissionais despreparados para exercer o seu múnister.

Somam-se aos aspectos relacionados à formação as condições a que os médicos se submetem para desenvolver o seu trabalho, atuando em diferentes locais, quase sempre com mais de um emprego, assumindo vários plantões, com grande carga diária de trabalho e atendendo a um grande número de pacientes por jornada, o que certamente contribui para que erros ocorram.

Os ginecologistas e obstetras que atuam no Estado de São Paulo representam uma parcela do contingente de médicos que estão submetidos a essas condições de formação e trabalho, correndo riscos semelhantes aos de seus pares. Tais médicos fizeram parte do presente estudo e certamente situação semelhante pode estar acontecendo nas demais especialidades médicas, respeitando-se as peculiaridade de cada uma delas.

Mesmo considerando que a atividade médica, de uma maneira geral, é entendida como profissão de risco, (atividade de risco), a obstetrícia

particularmente reveste-se de risco ainda maior, uma vez que trata de paciente (ou pacientes – mãe e concepto), em momento no qual qualquer falha no processo de assistência ao parto e cuidado com o binômio mãe – filho, em qualquer dos elementos motor, trajeto, concepto traz amplas e graves repercussões. Portanto, não causa surpresa que a obstetrícia seja uma das especialidades mais denunciadas no CREMESP e que o atendimento ao parto seja uma das situações que mais tem gerado conflito entre médicos e pacientes.

Conforme se observa no estudo do Dr. Krikor Boyaciyan, 62,36% dos médicos denunciados na especialidade de tocoginecologia, não haviam cursado residência médica ou possuíam título de especialista concedido pela sociedade de especialidade, reforçando a assertiva de que estariam atuando no mercado de trabalho sem a devida qualificação e treinamento necessário para uma boa prática médica.

Pode ter contribuído para tal, a eventual inadequação das faculdades de medicina, que não estariam formando profissionais com a necessária preparação para o atendimento a ser prestado e distante do objetivo de atender a real necessidade das pessoas.

No presente estudo encontram-se dados que demonstram que houve maior proporção de denúncias em determinado subgrupo de escolas médicas, composto principalmente por escolas novas, ou conforme o critério

que se adotou, abertas após 1971, de caráter administrativo público ou privado.

Do conhecimento acumulado, sabe-se que este achado pode ser explicado por um grande número de causas, entre os quais se pode citar: deficiências curriculares, hospitais desparelhados e não adequados para receber alunos de medicina, excessivo número de alunos por turma, professores sem a devida qualificação técnica e despreparados para a prática do ensino, mercantilização dos cursos de medicina, entre outras causas, fazendo com que os seus egressos não consigam se preparar a contento para desenvolver o seu trabalho profissional. Some-se a isso o fato de que tais egressos possivelmente apresentam maior dificuldade para alcançar uma vaga em programas de residência médica ou ainda que, há falta de bolsas de estudo e em menor proporção de vagas para os programas de residência médica, principalmente no Estado de São Paulo. Além disso, os egressos dos cursos de medicina concentram-se em determinadas especialidades médicas, em detrimento de outras, agravando a desproporção de bolsas de estudo e vagas disponíveis.

Neste sentido as diretrizes curriculares instituídas pelo Ministério de Educação, preconizam como objetivo para os cursos de graduação em saúde, que o aluno “aprenda a ser, aprenda a fazer, aprenda a viver junto e aprenda a conhecer, garantindo a capacitação dos profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a

qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, família e comunidades”.

Ainda tomando por base as Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina, encontra-se como perfil desejado para o egresso: “médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”.

Deste modo, os cursos médicos deveriam ter como proposta de atuação, tomada de medidas para atender a esta diretriz, um conteúdo curricular relacionado com todo o processo de saúde e doença do cidadão, da família e da comunidade, conectado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina.

Ainda, de acordo com tais diretrizes é ideal que se desenvolva um projeto pedagógico, centrado no aluno como sujeito de aprendizagem, com metodologias ativas e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.

Atualmente se observa uma dissociação entre o que é preconizado pelo Ministério de Educação e o que ocorre na realidade com os alunos que cursam medicina.

Estas propostas de atuação não acontecem na maioria das instituições de ensino de medicina, que não cumprem sequer minimamente as diretrizes preconizadas, lançando no mercado de trabalho, profissionais sem a adequada qualificação e capacitação, apesar de aparentemente terem cumprido adequada carga horária de estudos.

Há também um bom número de recém-formados de outros estados, que buscam oportunidade de complementar os seus estudos ou de disputar o mercado de trabalho paulista e que se somam aos formandos em São Paulo, disputando as vagas entre si, em um mercado já saturado e com distribuição inadequada de médicos.

A região sul e sudeste concentra a grande maioria das escolas médicas do país, refletindo a condição socioeconômica desta região.

Neste quadro evidenciado, tem-se que os profissionais graduados em escolas consideradas inadequadas do ponto de vista pedagógico e de estruturação, quase sempre não estão aptos e preparados para exercer a profissão e menos ainda a Obstetrícia e Ginecologia e, são justamente os que não obtêm vaga na residência médica, lançando-se de pronto no mercado de trabalho, assumindo um risco ainda maior e com graves

consequências para os pacientes, (sociedade), e para eles mesmos, uma vez que passam a responder a processos ético-profissionais, no Conselho Regional de Medicina ou na esfera judicial.

Merece menção que o número de vagas para residência médica permanece praticamente inalterado, enquanto o número de egressos no Estado de São Paulo e no país vem aumentando de maneira significativa.

Gráfico 20. Número de Vagas e de Residentes Matriculados no período de 2005 -2009. Número de formandos registrados no CFM em 2009. (Fonte CNRM/MEC)

No artigo do conselheiro do CREMESP Bráulio Luna Filho, disponível no sítio eletrônico do CREMESP, intitulado “Crise no Ensino Médico”, e publicado em Jornal do CREMESP, não haveria escassez de médicos no Brasil, o que não quer dizer que eles estejam bem distribuídos geograficamente ou por especialidades. Os fatores socioeconômicos e culturais poderiam ser responsabilizados em grande parte por essa realidade perversa, e não se pode admitir que somente com aumento do número de formandos, centralizados em determinada região do país, reverta a concentração de médicos nos centros urbanos, em detrimento de outras regiões.

No período estudado as principais reclamações contra os tocoginecologistas, conforme se pode demonstrar no estudo de Boyaciyán, (Tese de Doutorado, defendida na UNIFESP), tais reclamações se concentraram, principalmente, na especialidade de obstetrícia e envolveram atendimento ao parto e ao conceito, com intercorrências maternas, lesão do canal do parto, infecção puerperal e danos ao conceito, como toco-traumatismo e anóxia perinatal.

As denúncias contra os ginecologistas corresponderam a 6,02% das denúncias na especialidade, sendo que complicações de histerectomia foram a principal causa de denúncia.

O atendimento ao parto e puerpério, pode ser acompanhado de situações que necessitam de rápida e precisa intervenção do médico assistente, cita-se como exemplo, atonia uterina, inversão uterina, embolia amniótica, sangramento excessivo, prolapso de cordão e membros, distócias, placenta previa, anóxia entre outras.

O atendimento a estas intercorrências obstétricas requer uma equipe habilitada e treinada, além de equipamentos adequados e profissionais preparados para utilizá-los, nem sempre disponíveis. A demora em instituir o tratamento adequado traz graves repercussões.

O médico ao atuar em locais que apresentam más-condições de trabalho, acumulando empregos e plantões para atingir faixa melhor de percebimento, fica mais exposto a estas denúncias.

No presente estudo, no que se refere à formação do médico, constata-se que no Estado de São Paulo, há um grande número de escolas médicas num total de 31 escolas no presente momento, sendo que 23 dessas possuíam internos (5º e 6º anos) em campos de prática, na época do estudo. Algumas. Como se pode observar no presente estudo, das 26

escolas médicas em atuação, no período de estudo, algumas não apresentavam condições essenciais adequadas para a formação do médico.

Boa parte destas escolas não dispõe de hospitais-escola na concepção apropriada desse termo, valendo-se de locais improvisados para tal, chamados “conveniados” o que é agravado pela ausência da devida qualificação de preceptores e médicos assistencialistas. Demonstrou-se falta de infra-estrutura física para receber os alunos (internos) em atividades práticas, ausência de salas de estudo, bibliotecas, acesso à rede mundial de computadores e outras condições que se fazem necessárias (gráfico 17). O conjunto dessa inexistência de condições de ensino se agrava para o conjunto de escolas em funcionamento após 1971, que são majoritariamente particulares. Sob o pretexto de atuar de acordo com as diretrizes curriculares nacionais, *“através da integração ensino-serviço vincular a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS”* centros de concebidos para assistência foram ocupados de forma irregular e inadequada como local de ensino prático.

Evidencia-se que no decorrer do tempo, os hospitais passaram a ter compromisso maior com o caráter assistencial e menos com a formação do profissional, quando estas duas atividades deveriam ocorrer de maneira paralela, corroborando o fato de que adquirir habilidades é mais difícil do que

simplesmente transmitir conhecimentos. Além de conhecimentos e habilidades o médico deve ter certas atitudes e qualidades de caráter associadas a um sistema de valores, conforme consta em *Ética do Caráter* de James Drane, (in *Apud Becoming a Good Doctor* de 1988).

A análise dos autos que envolveram tocoginecologistas denunciados ao CREMESP, mostrou que a maioria elaborou prontuários incompletos, com letra ilegível, evolução clínica incompleta, ausência de evolução diária e sem a devida identificação do médico assistente entre outras. Resultado semelhante foi obtido pelo Dr. João Baptista Optiz, em sua dissertação de mestrado, apresentada à Universidade de São Paulo. O Dr. Optiz avaliando médicos que responderam a processos judiciais no Estado de São Paulo, constatou, após análise dos prontuários elaborados por esses denunciados, que faltou história clínica em 85% dos casos, 79% não continham o exame físico, em 80% confirmou-se a ilegibilidade da letra e 61% não apresentavam a identificação do médico assistente, com falta de carimbo ou assinatura.

O estudo do Dr. Optiz encontrou ainda que somente 20% das descrições cirúrgicas eram adequadas, constando como “sumárias” em 47% delas.

Ressalte-se que este estudo foi realizado com casos que geraram demanda judicial envolvendo médicos, situação assemelhada a que leva os tocoginecologistas às barras do Conselho Regional de Medicina, em delitos ético-profissionais.

A partir desses achados, buscou-se no presente trabalho compreender se o período de formação influencia a prática inadequada ou não. A primeira constatação demonstrada de maneira inequívoca, que os egressos de escolas menos organizadas do ponto de vista didático e pedagógico, estão sujeitos a probabilidade maior de serem denunciados e processados no Conselho Regional de Medicina, por delitos tipificados como ético-profissionais.

É flagrante que um conjunto de escolas, em funcionamento após 1971, no Estado de São Paulo, apresenta menor número de comissões obrigatórias em funcionamento, como comissão de ética médica, de controle de infecção hospitalar, de prontuários e de óbitos (gráfico 15). Sabe-se hoje que, o trabalho e respeito da comunidade de saúde por essas comissões são um imperativo técnico e social. Esta exigência torna fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial.¹⁷. Tais comissões desempenham valorosa função de auto-análise e correção de rumos institucionais.

Analisando-se os delitos cometidos pelos tocoginecologistas denunciados no CREMESP no período estudado, 2000 a 2005, constatou-se que estes foram tipificados principalmente como imperícia, imprudência e negligência, e por questões envolvendo atendimento profissional, publicidade médica, óbito fetal e erro de diagnóstico e que este conjunto de casos correspondeu a 67,11% das denúncias que foram apreciadas no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Os delitos considerados neste estudo como profissionais, foram caracterizados de maneira artificial, visando à melhor apreciação dos fatos e foram considerados como relativos à formação do profissional médico e tem correspondência nos artigos 4º, 5º, 29 e 57 do Código de Ética Médica de 1988, em vigor à época do estudo e por ocasião do fato gerador da denuncia no CREMESP.

Os demais delitos envolviam principalmente questões que foram entendidas como éticas – relacionadas ao caráter e a princípios morais, e que foram classificadas como falta a plantão, cobrança indevida de honorários, relação inadequada com os demais médicos, associação com não médicos (prática ilegal da medicina), procedimentos com o propósito de angariar clientela, quebra de sigilo médico, entre outros.

Este pensamento segue em conformidade com Diego Gracia, que entende que a ética atual é a da responsabilidade e do respeito aos valores implicados nos conflitos da vida.

A divisão entre delitos éticos e profissionais é claramente artificial e foi realizada para melhor entendimento da interferência do período de graduação na atividade profissional futura, fazendo pressupor que os então classificados “delitos profissionais” teriam relação com a formação propriamente, enquanto os delitos chamados de “éticos”, pressupõem relação com a pessoa, personalidade, com a moral que já possuía. Evidentemente esta classificação é passível de críticas, mas permite analisar sob certo ângulo os delitos, considerando que alguns aspectos devam prioritariamente ser aperfeiçoados durante o curso médico (formação), enquanto outros já incorporados seriam apurados.

Para melhor entendimento deste pressuposto, pode-se mencionar que a prática de um procedimento, prescrição, ainda que de forma adequada e para o qual esteja o médico perfeitamente treinado, ao fazê-lo nos casos contrários à legislação, pratica crime. Ainda que nesse caso atue com a melhor técnica preconizada, denuncia um caráter delituoso, (moral) e não técnico-profissional. Ou seja, revela habilitação apropriada e atitude inadequada. Ao contrário, ainda que guarde todos os aspectos éticos e

morais, mas não possua capacitação profissional adequada configura-se inexistência de delito “ético”, mas “profissional”, segundo este critério. Ou seja, demonstra atitude adequada e despreparo profissional, técnico.

No conjunto das infrações observadas, independente se classificado como delito “ético” ou “profissional”, persiste, no presente estudo diferença global, ao se comparar as escolas públicas e particulares. Analisados os delitos em conjunto ou separadamente conforme a classificação arbitrária demonstra-se que a probabilidade de denúncia no CREMESP foi maior para os egressos das instituições de ensino médico privada. Contudo, não houve diferença significativa entre as duas classes de delito instituídas para fins desse estudo, apesar de ambos, serem, em termos absolutos, mais freqüentes para aqueles egressos de escolas particulares.

A divisão arbitrária não pretende desconhecer que a escola médica, influi fortemente na formação ética do médico, por meio do exemplo (modelo), ou seja, a maneira de preceptores, instrutores e professores de se conduzir no cotidiano. Apesar do caráter eminentemente técnico de que se reveste a formação do médico, existe importante interferência na futura prática ética, técnica e profissional dos egressos os modelos a que foram expostos.

Portanto, o médico com formação técnica deficitária, apresenta maior dificuldade para exercer o seu trabalho adequadamente, por outro lado descuido de avaliação de caráter e da ética estudantil também implicará em danos sociais, e ambos se apóiam numa graduação apropriada e num contexto pedagógico organizado, sério e de resultados. Os dados obtidos neste estudo, apresentados em gráficos e tabelas demonstram que há uma nítida diferença entre médicos denunciados no CREMESP, egressos de escolas médicas públicas, quando comparados aos das particulares.

A análise estatística dos dados demonstrou que esta diferença foi significativa com nítida e forte relação com a natureza jurídica e época de fundação da escola.

No estudo de locais de ensino realizado pelo CREMESP observa-se que a supervisão à aprendizagem em serviço dos internos é de um modo geral aquém do ideal, haja vista o percentual de atividades exclusivamente como ato do docente, para todo o conjunto de escolas avaliado. Todavia, para o grupo de escolas médicas particulares surgem novos responsáveis por essa supervisão – os diaristas e plantonistas, cujos compromissos com o projeto pedagógico, ensino médico e capacitação para o ensino, reflexão sobre sua função de modelo profissional, podem ser questionados.

Dr. Krikor Boyacian, em sua tese de doutorado apresentada e defendida na Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, em 2005, demonstrou que o perfil do médico ginecologista e obstetra denunciado no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, era predominantemente do sexo masculino, com idade de até 45 anos de idade, com menos de vinte anos de formados, graduados no próprio Estado de São Paulo, que não haviam cursado residência médica e que não possuíam título de especialista.

No estudo aqui debatido constatou-se prevalência de denúncias com o mesmo perfil para os egressos das escolas públicas. No entanto, para o conjunto de médicos denunciados e provenientes de escolas particulares a maior ocorrência se concentrou na faixa etária abaixo dos 40 anos de idade (tabela 15). Esse dado reforça os argumentos expostos, tais como modelos docentes, condições de trabalho, incluindo as ações das comissões obrigatórias e o despreparo para a função.

Em conjunto os resultados ora discutido, essa conclusão ressalta a primazia de medidas efetivas na formação dos médicos, ressaltando a necessidade de intervenção, quando observadas deficiências no conjunto formador.

Medidas que visem a impedir a abertura de novas escolas médicas, principalmente no Estado de São Paulo, onde o número de instituições de ensino médico ultrapassa muito, as necessidades do crescimento vegetativo da população são saudáveis.

Uma política de Estado, que permita a abertura de novas vagas de graduação em medicina, segundo critérios bem estabelecidos certamente representará avanços sociais fundamentais. Recentemente o prestigiado traz proposições sobre os parâmetros de abertura de vagas e escolas de medicina, entre os quais se inclui apresentação pelo proponente de estudo de viabilidade financeira e relevância do projeto para a saúde da comunidade aonde irá se inserir; demonstração inequívoca de corpo docente completo e qualificado (1º ao 6º ano), instalações físicas apropriadas a todas as etapas da formação médica, política de fixação do egresso daquela escola no local onde se está implantando o novo curso, supervisão pedagógica apropriada e contínua do corpo docente, incentivo para o desenvolvimento docente, entre outros¹⁶.

A par disso é necessário que haja uma ação efetiva na fiscalização das escolas médicas em atividade, verificando e cobrando que as diretrizes curriculares instituídas pelo MEC sejam de fato cumpridas, em busca de qualidade da formação.

José Marques Filho, em dissertação de mestrado, em 2006, analisando médicos que foram cassados no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, no período de 1988 a 2004, concluiu que 75,5% das cassações do exercício profissional de médicos, ocorreram contra aqueles oriundos de instituições privadas, sendo que estas cassações foram mantidas pelo Conselho Federal de Medicina em 55,5% dos casos. Ressalte-se que a pena de cassação é emitida pelo Conselho Regional e requer que seja referendada pelo Conselho Federal, para cumprir o seu efeito.

Ainda, a totalidade dos médicos apenados com a cassação era do sexo masculino, com média de idade de 45,7 anos e tempo de formado de 16,6 anos. Quarenta e oito por cento destes profissionais não tinham nenhum curso de especialização após a graduação e quando a possuíam a clínica médica foi a mais freqüente. Entre estes, 46,7% eram reincidentes em delitos denunciados no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Os artigos infringidos mais freqüentemente por este grupo de médicos foram artigo 4º, (24,2%), artigo 2º, (16,4%), artigo 55, (14,8%), e artigo 42, (10,1%), todos do Código de Ética Médica de 1988. A prática do

abortamento foi a principal causa de cassação do exercício profissional e os profissionais ali analisados foram mais punidos por falhas eminentemente éticas do que por falhas relacionadas a formação técnica e científica, conforme critérios do presente estudo.

Os dados obtidos no estudo de Marques evidenciam como relevante a necessidade de se cuidar da formação bioética do médico e de difundir e prática da Bioética em todos os segmentos da sociedade, objetivando sempre a proteção à dignidade do ser humano.

Comparando os resultados obtidos pelo estudo de Marques, com os do estudo corrente, constata-se discordância, uma vez que nos casos de médicos cassados no exercício de sua profissão, prevaleceu a infração a artigos relacionados com a ética, personalidade, moral própria (conforme critério aqui adotado), entre eles destaca-se, o assédio sexual, a venda de atestados médicos, aproveitar-se da fragilidade do paciente para obter benefícios, a prática de abortamento, a fraude com dinheiro público, entre outras irregularidades, enquanto que no estudo em tela, prevaleceu de maneira significativa os de caráter técnico-profissional. Destaque-se que em ambos os estudos houve maior prevalência de denúncias e queixas contra os egressos de escolas privadas. A explicação para a discordância de categoria de denúncia (ética ou técnico profissional) pode residir primeiro na

existência de um critério mais rigoroso para a aplicação da pena máxima, já referendados pelo Conselho Federal de Medicina (transitado e julgado), diverso dos casos em análise. Em segundo, no presente estudo foram consideradas as denúncias, em sua totalidade, contra médicos no exercício da ginecologia e obstetrícia, o que também difere do estudo de Marques, onde todas as especialidades médicas foram incluídas. Entretanto, deve-se comentar que em ambos os estudos evidencia-se nítida prevalência de médicos delituosos formados em escolas médicas privadas.

Ora, comparando os cenários de prática e o perfil da supervisão das escolas públicas privadas observa-se que nas públicas há maior presença do docente nas diferentes modalidades de treinamento prático, maior convívio com médicos residentes e menor interface com médicos sem envolvimento direto e compromisso com o ensino. Evidente que não se pode concluir que diarista e plantonista distantes das responsabilidades didáticas e do projeto pedagógico dão causa a desvios éticos. Porém, esses dados ressaltam a participação do corpo docente e da devida supervisão na conduta futura do médico. Em outras palavras, formar médicos é sem dúvida uma aprendizagem pela observação (modelo) e uma demonstração da importância do cuidado para com o docente, preceptor, instrutor e de sua responsabilidade ampliada, já que lida com vários estudantes ao longo de sua vida.

O médico é, sobretudo , um observador. Portanto, mais do que um espectador, corroborando os dizeres de Cyro Martins (in Caminhos).

De acordo com Maria Cezira Martins, os primeiros atendimentos profissionais se dão numa época de transição entre o papel de aluno e o papel profissional e estão associados ao rito de passagem entre esses dois papéis, num momento de ansiedade por parte do aluno e do paciente. As ansiedades que surgem nesse processo são a ansiedade pela perda da situação já conhecida e o medo da situação nova e desconhecida (HOIRISH, 1976).

Continua a autora, dizendo que o estudante, quando vê seus primeiros pacientes, é geralmente uma pessoa jovem cuja experiência de vida é, comparativamente, limitada; embora tenha se adaptado à idéia de que vai se tornar um profissional, ele ainda não tem experiência do trabalho prático nem uma identidade profissional pronta; os primeiros encontros com pacientes acham-se geralmente associados com incertezas e ansiedades, fato este já relatado por Tahka em 1988.

Um dos sentimentos que o principiante vivencia é a culpa, por saber que o paciente lhe atribuirá autoridade em virtude do papel que desempenha, conforme mencionado por Salzberger e Wittenberg em 1970.

Conforme se observou, no campo da prática os estudantes nem sempre encontram modelos apropriados, numa fase tão sensível e de transformação, daí é sobremaneira possível torna-se imperioso encontrar

desvios que tragam conforto imediato, futuramente comprovados como inadequados do ponto de vista ético.

Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira, afirma que Bohoslavsky dizia que o professor regula o tempo, o espaço e os papéis da relação; institui códigos, repertórios institucionais de suas matérias e, pessoais mais difusos e implícitos¹⁸.

Nesse mesmo texto a autora acrescenta que Bleger faz referência que a instituição que oferece o ensino deve, em sua totalidade, ser organizada como instrumento de ensino e permanentemente problematizada. Porém os conflitos de ordem institucional transcendem e aparecem como distorções do próprio ensino, fazendo do estudante, em última instância, o recipiente no qual os conflitos poderão cair ou causar impacto. Assim, tendo essa visão de aprendizagem, é necessário romper estereótipos e dissociações entre sujeito-objeto, entre teoria e prática, entre informação e realização, entre o que se sabe e/ou se diz e o que realmente se faz, pois tal atitude leva a distorções (g.n.) como a informação enciclopédica, associada a uma prática grosseira, e a falta de informação, unida na prática a uma grande habilidade e “olho clínico”.

Conclui-se que na formação do médico, se faz necessária, uma sólida base técnico-profissional, sem que se olvide da formação e reflexão ética e bioética, considerando que o ser humano não nasce ético.

A graduação é também um importante momento para que estes conceitos sejam adquiridos o que certamente fará com que o médico seja formado de uma maneira mais adequada para cumprir o seu relevante papel na sociedade e cumpra o que dele se espera.

Os dados obtidos e os bancos de dados reanalisados no presente estudo permitiram concluir que a supervisão por docentes e médicos residentes foi mais freqüente nos hospitais públicos quando comparados aos privados e que apesar da maior participação dos internos na realização dos procedimentos de ginecologia e obstetrícia, houve uma piora na qualidade da assessoria prestada a estes alunos e que as condições de funcionamento institucional são inadequadas.

Há que se concentrar esforços nos cenários de prática, nos conteúdos desenvolvidos, nas competências a serem adquiridas. Contudo é preciso concentrar atenção e esforços na devida capacitação dos docentes, fazendo-os refletir sobre suas atitudes e condutas técnicas, científicas, morais e éticas na vida profissional futura de estudantes sob sua responsabilidade. Reconhecimento, capacitação, qualificação e remuneração apropriada são fundamentais para esses profissionais que desejam ser motivados, terem condições apropriadas de trabalho, serem reconhecidos e adequadamente remunerados, segundo inquéritos já realizados.

Nesse contexto pode-se indagar como atender a demandas tão complexas e por vezes subliminares sem o preparo adequado, sendo

“horista”, sem participação qualquer no modelo pedagógico no qual atuam, conforme os locais visitados pelo CREMESP demonstraram.

Os dados apresentados nesse trabalho, por terem sido coletados para outro fim e sem correlação direta, com os médicos denunciados no CREMESP, não confirmam estatisticamente, mas revelam que há indícios de que ao longo do tempo, antes e após 1970, ocorreu uma mudança no perfil de atendimento nos hospitais escola que passou a ser mais assistencial e menos didático, com sérias correlações para com a prática médica inadequada.

Mostra ainda, parâmetros para acompanhamento do ensino médico, como a necessidade de comissões de saúde operantes e atuantes, locais próprios ou devidamente conveniados como campo de prática; capacitação e compromisso docente o qual deve se fazer presente no campo de prática, refletindo sobre sua responsabilidade para com o futuro profissional sob sua égide; comprometimento da configuração dos locais de prática, sobre a responsabilidade profissional futura e, principalmente que formar médicos exige conhecimento, sensibilidade, coerência, responsabilidade e disponibilidade.

6.CONCLUSÕES

5- CONCLUSÕES

1-Foram instaurados 8333 denúncias contra médicos ginecologistas e obstetras no Conselho Regional de Medicina no Estado de São Paulo, entre os anos 2000 a 2005.

2- Os tocoginecologistas provenientes de escolas médicas privadas são mais denunciados ao CREMESP (2,34), quando comparados aos médicos provenientes das escolas públicas, (4,51).

3- Evidenciou-se que as escolas médicas particulares, autorizadas a funcionar mais recentemente, apresentam nítida tendência aumentada de denúncias no CREMESP, (8,12), quando comparadas as faculdades no mesmo período e públicas, (1,74).

4- Os tocoginecologistas provenientes de escolas médicas privadas, responderam mais a processos por causas profissionais, (269), que por delitos éticos, (226).

5- Os tocoginecologistas representam uma das especialidades mais denunciadas no CREMESP, (12,09%).

6- Encontrou-se maior quantidade de prontuários preenchidos incorretamente provenientes dos hospitais privados que dos públicos.

7- Os hospitais públicos possuíam mais preceptores e os internos prestavam atendimento sob supervisão, na maior parte dos atendimentos.

8- Encontraram-se, deste modo, melhores condições para desenvolver atividades didáticas nos hospitais ligados às instituições de ensino publicas, que nas privadas.

7.REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

1. Amaral, J.L. CINAEM: Avaliação e transformação das escolas médicas, uma experiência brasileira nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS. Dissertação, Mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002. www.abem-educmed.org.br.
2. Beltrame, R.L. A formação do médico: um debate à luz das diretrizes curriculares nacionais. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.
3. Briani, M.C. História e construção social do currículo na educação médica: a trajetória do curso de medicina. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. www.abem-educmed.org.br.
4. Bueno, R.R.L. Abertura de Escolas de Medicina no Brasil, Relatório de um Cenário Sombrio, Associação Médica Brasileira, 2005. www.amb.org.br.
5. Camargo, M.C.V. Z. A. O ensino da ética médica e o horizonte da bioética. Departamento de Medicina Legal/ FCM/Unicamp, Campinas, São Paulo.
6. Castro, J. Geografia da Fome, 4ª Edição. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2004.
7. Conselho Federal de Medicina, A Saúde dos Médicos do Brasil, 2007.
8. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Avaliação das condições de funcionamento dos serviços de saúde, no Estado de São Paulo, vinculados ao Ensino Médico, 2005.

9. CREMESP na mídia, 17 de março de 2009. Processos por erro médico no STJ triplicam em 6 anos. Publicado na Agência Estado-09/03/09.
10. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação.
11. Flexner, A. Medical Education in the United States of America and Canada. N.Y. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
12. Kerr, C. in apud Schwatzmann. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Populacional: Estimativa Populacional, período 1992-2010.
13. Krikor, B. O perfil e as infrações ético-profissionais dos médicos denunciados que exercem ginecologia e obstetrícia no Estado de São Paulo. Tese/Universidade Federal de São Paulo, 2005.
14. Manual de Avaliação dos Cursos de Medicina, Diretoria de Estatísticas e Avaliação da Educação Superior, outubro de 2002.
15. Marques, J. Dissertação de Mestrado, Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2006.
16. New England Journal of Medicine, volume 362:1255-1258, 2010.
17. Revista de Administração em Saúde. Vol. 4, Nº 16, Jul-Set, 2002.
18. Revista interface, 1977. A prática pedagógica como processo de comunicação: a relação professor-aluno como eixo.
19. Rigatto, M. Médicos e Sociedade. Porto Alegre, Livraria do Globo, 1976, Fundo Editorial BykProciex.

20. Ristoff, D.; Limana, A. O Enad como parte da avaliação da educação superior, 2004. www.inep.gov.br.
21. Scharzmann, S. Trabalho apresentado no I Congresso Internacional, "Qualidade e Excelência na Educação", Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro, 25 a 29 de outubro de 1993.
22. Sebastião, J. Responsabilidade Médica, Civil, Criminal e Ética. Editora Del Rey, 3ª, edição, Belo Horizonte, 2003.
23. Silva, G.R. Uma retrospectiva da Educação Médica no Brasil. Rev. Bras.Educ.Med. 3:11,81-86, Rio de Janeiro, 1986.