

Principlismo en la práctica de la medicina y en los procesos ético-profesionales

Marina Faria Salomão¹, Luiza Ribeiro Gontijo¹, Luisa Abdo Ramos Nunes¹, Felipe Pueyo Magalhães¹, José Helvécio Kalil de Souza¹, Roberto Paolinelli de Castro²

1. Faculdade de Minas, Belo Horizonte/MG, Brasil. 2. Investigador autónomo, Belo Horizonte/MG, Brasil.

Resumen

El objetivo de este estudio es mostrar la importancia de los principios bioéticos de Beauchamp y Childress y reafirmarlos en la práctica médica, con el fin de reducir la exorbitante cantidad de procesos ético-profesionales provocados por la iatrogenia. Además, se busca dilucidar las fases del proceso ético-profesional para informar a la comunidad médica. Para ello, se realiza una actualización bibliográfica con base en el Código de Ética Médica, el Código de Proceso Ético-Profesional y guías prácticas y dinámicas aplicadas a los principios de la bioética. Se concluye que la práctica de la medicina basada en la ética, además de justa y beneficiosa para el paciente, también protege al profesional de posibles malas interpretaciones sobre su conducta.

Palabras clave: Códigos de ética. Derechos civiles. Bioética. Ética basada en principios.

Resumo

Principlismo no exercício da medicina e em processos ético-profissionais

Este estudo objetiva mostrar a importância dos princípios bioéticos de Beauchamp e Childress e reafirmá-los na prática médica a fim de diminuir os números exorbitantes de processos ético-profissionais impetrados por iatrogenia. Além disso, busca-se elucidar as fases do processo de modo a informar a comunidade médica sobre seu andamento. Para tal, realiza-se atualização bibliográfica pautada no Código de Ética Médica, no Código de Processo Ético-Profissional e em guias práticos e dinâmicos aplicados aos princípios da bioética. Conclui-se que o exercício da medicina pautado na ética, além de ser justo e benéfico ao paciente, é também modo de resguardar o profissional de possíveis interpretações equivocadas sobre sua conduta.

Palavras-chave: Códigos de ética. Direitos civis. Bioética. Ética baseada em princípios.

Abstract

Principlism in medical practice and ethical-professional lawsuits

This study aims to show the importance of the bioethical principles of Beauchamp and Childress, contributing to reiterate them in medical practices to reduce the exorbitant numbers of professional lawsuits brought about by iatrogenesis. Furthermore, the text tries to elucidate the phases these litigations undergo to give more information on the subject to the medical community. To this end, this research carries out a bibliographic review encompassing the Code of Medical Ethics, the Code of Ethical-Professional Litigation, as well as practical and modifiable resources applied to bioethical principles. We conclude that, besides being fair and beneficial to the patient, the practice of ethics-based medicine also serves to protect professionals from misinterpretations regarding their conduct.

Keywords: Codes of ethics. Civil rights. Bioethics. Principle-based ethics.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Motiva este trabajo el elevado número de procesos judiciales de carácter ético a que los médicos vienen respondiendo. Estos litigios pueden evitarse con medidas relacionadas con el respeto al paciente. Tales medidas, sin embargo, parecen olvidadas por los profesionales, por lo que es necesario reafirmarlas. El Código de Ética Médica (CEM)¹ es ya una buena base para entender y aplicar estas medidas y evitar procesos ético-profesionales (PEP).

Se percibe, sin embargo, que la literatura sobre el tema médico-legal, así como sobre el CEM¹ y el Código de Proceso Ético-Profesional (CPEP)², no es suficiente para instruir el tema, debido a la poca relación entre el derecho y la medicina. A esta carencia se suma que, a pesar de la evidente demanda, no existen guías prácticas y dinámicas que promuevan la aplicación de los principios bioéticos y ayuden a prevenir el establecimiento de un PEP. Así, surgió la necesidad de desarrollar un estudio en el que confluyeran todas estas inquietudes y que sirviera como fuente de información y fundamento de la práctica para la clase médica.

Históricamente, los estudios sobre la ética de la investigación responden a atrocidades como la catástrofe de Lübeck en 1930, el estudio sobre la sífilis de Tuskegee en 1932, y todos los crímenes cometidos durante la Segunda Guerra Mundial en nombre del progreso de las ciencias^{3,4}. Pero las lagunas de estos estudios pusieron de manifiesto que lo que los griegos llamaban “filosofía de la moral” requería acciones más inmediatas. Desde los primeros registros del término “bioética” hasta la formación de un campo de conocimiento específico propio, se produjeron numerosos códigos y publicaciones, pero solo en 1979, en la obra clásica de Beauchamp y Childress, *Principles of biomedical ethics*⁵, se describieron los principios básicos que hoy rigen la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

¿Por qué seguir discutiendo la moralidad de la profesión médica si esa moral ya está descrita? La respuesta a esta pregunta está en la comparación entre la práctica médica ideal y la que se aplica realmente. Además, en un contexto de extrema judicialización como el actual, para los médicos y profesionales sanitarios, basarse en estos principios es una forma de protegerse. Y eso sin dejar de respetar el derecho del paciente como ser activo en el proceso asistencial, tratándolo de forma digna, buscando terapias que le aporten beneficios y ponderando siempre la fina línea entre el avance terapéutico y

un proceso perjudicial para la calidad de vida. Los médicos viven a diario con adversidades y resultados imprevisibles, que escapan al control científico, y en estos casos de incertidumbre es necesario aprender a tomar decisiones morales.

Sin embargo, las actitudes profesionales no siempre son claras, y en este sentido la insatisfacción de los pacientes es justificable. Los procesos ético-profesionales son necesarios para inspeccionar y denunciar los actos negligentes, imprudentes o de impericia médica, pero estas demandas por insatisfacción con la asistencia han llegado a niveles muy elevados. Para reducirlos, se necesita reafirmar y poner en práctica los principios de la bioética. Unos simples ajustes en la conducta de los profesionales, con base en estos principios, ya cambiarían la visión que tiene el paciente de la atención.

Además, los procedimientos y pasos legales son confusos para los trabajadores sanitarios, lo que tiende a hacerlos aún más inseguros y ansiosos ante la situación. Por lo tanto, sería útil elaborar una guía simplificada sobre el proceso, basada en el CPEP², con el fin de aclarar su curso para la comunidad médica.

Este es un tema de suma importancia para el ejercicio de la medicina y, dado lo anterior, la intención de este artículo es analizar la incidencia de procesos ético-profesionales según datos del Superior Tribunal de Justicia (STJ) y, a partir de este análisis, discutir la ética en la práctica médica para reflexionar sobre las razones del exacerbado número de procesos. Para ello, se relacionan los enfoques jurídico y bioético en la búsqueda de comprender el mayor número posible de cuestiones relacionadas con el tema y dilucidar el curso legal del PEP.

Materiales y método

Este estudio es una actualización bibliográfica realizada durante el primer semestre de 2019. La fuente de investigación fue la base de datos del STJ, con casos del período comprendido entre 2000 y 2014⁶. También se analizaron el CEM¹ y el CPEP² –ambos disponibles en el sitio web del Consejo Federal de Medicina (CFM)– y artículos relevantes en el campo de la ética y la bioética, buscados en la Scientific Electronic Library Online. Finalmente, se incorporaron al estudio los artículos que, tras el análisis, se consideraron relevantes desde el punto de vista de la calidad del enfoque y de los datos estadísticos.

Datos del Superior Tribunal de Justicia

Los actos iatrogénicos siguen ocurriendo con bastante frecuencia. Según el bufete de abogados Assis Videira⁶, los datos del STJ indican un aumento sustancial, superior al 300%, en el número de demandas presentadas por negligencia médica entre el 2001 y 2011, además de un aumento del 180% en las condenas. Solo en el 2014 hubo 299 casos abiertos, 173 sentencias y 1.212 casos en transición solo en el estado de Minas Gerais⁶. Entre las consecuencias más reclamadas en los tribunales están la muerte, los daños estéticos, la necesidad de nuevas cirugías y la pérdida de un órgano o función corporal. Entre las especialidades, las más demandadas en STJ son ginecología/obstetricia, traumatología-ortopedia y cirugía plástica⁶.

Del 2013 al 2015 hubo un aumento del 11,2% de las demandas en Minas Gerais, con un 50,2% de absoluciones⁶, datos que indican un fenómeno creciente y aterrador para la profesión: la medicina como principal objeto de la industria legal del daño⁷. Según Miguel Kfourri Neto⁸, el 80% de las demandas contra los médicos se juzgan infundadas, lo que demuestra la intención de proteger al paciente con el fin de una indemnización por daños morales, en busca de ganancias. En este contexto, no se tienen en cuenta los resultados que la práctica de la medicina puede aportar al paciente, y la evolución natural de la afección puede interpretarse erróneamente como negligencia.

Las consecuencias de la judicialización (pérdidas económicas, daños al nombre y al honor, exposición a la prensa sensacionalista) muestran la necesidad de tomarla en serio y tratar de prevenirla. En el presente estudio, el análisis de los procesos y de las quejas más frecuentes permitió concluir que reafirmar y comprender los principios éticos como conductores de la práctica médica es una de las formas más importantes de prevención. El ejercicio de la medicina con base en la ética, además de beneficiar al paciente y ser justo, protege al profesional de malas interpretaciones sobre su conducta.

Beneficencia

Uno de los principios fundamentales del CEM dicta que el profesional *el médico debe tener un*

*respeto absoluto por el ser humano y actuar siempre en su beneficio, incluso después de la muerte. Nunca utilizará sus conocimientos para causar sufrimiento físico o moral, para el exterminio de seres humanos o para permitir y encubrir atentados contra su dignidad e integridad*⁹. Al graduarse, el profesional médico invoca el juramento hipocrático: *Aplicaré los regímenes para el bien del paciente según mi poder y entendimiento, sin causar nunca daño o perjuicio a nadie*¹⁰.

Estas afirmaciones deben formar parte de la rutina diaria de todos los profesionales de la salud, con el fin de buscar siempre el bienestar integral del paciente. Se pueden observar ejemplos sencillos de la práctica de la beneficencia cuando el médico está atento al paciente y a sus síntomas, o cuando el médico entiende lo que dice el paciente (tanto lo que decide mostrar como lo que está implícito) y lleva en cuenta el escenario social y cultural en el que se encuentra el individuo. En caso de desacuerdo de opiniones, el deber del médico es aconsejar al paciente que siga el camino con más puntos positivos que negativos, maximizando los beneficios y minimizando los daños. Armonizando beneficencia y paternalismo, el médico debe mantener su autoridad, preservar el conocimiento y asumir la responsabilidad de la toma de decisiones. El paciente, por su parte, debe hacer su elección en función de la información recibida y de sus valores personales¹¹.

No maleficencia

No dañar al paciente es un principio consagrado en el aforismo hipocrático *primum non nocere* (primero, no perjudicar). Observando la historia antigua, es interesante mencionar que, antes de Hipócrates, Sócrates defendía que quien practicaba el mal lo hacía por desconocer la práctica del bien¹². Aplicando esta idea al ejercicio de la medicina, se puede decir que el profesional que actúa en contra del principio de no maleficencia –y que, en consecuencia, provoca un daño a la salud del paciente– demuestra ignorancia y desconocimiento¹².

Ciertas terapias y acciones diagnósticas pueden causar molestias o daños secundarios a los pacientes. Por lo tanto, siempre corresponde al profesional protegerse y evaluar la necesidad real de los procedimientos. En general, la reflexión sobre la beneficencia implica la decisión de realizar una determinada técnica, mientras que el principio de

no maleficencia implica la posibilidad de abstenerse de ella o limitarla. Como impasse en el pensamiento ético de la abstención, hay que incluir la teoría moral del doble efecto como cuestionamiento: “¿Debo causar un daño con vistas a un mayor beneficio?”. Un ejemplo clásico de la relatividad del principio de no maleficencia es la enfermedad de Hodgkin. El tratamiento de esta enfermedad conlleva altos riesgos, pero sin él las posibilidades de supervivencia del paciente son escasas¹³.

El debate sobre este principio es amplio y complejo. Otro de sus aspectos está relacionado con el derecho a una muerte digna –que, aunque sigue siendo un tabú, debe ser ampliamente debatido. El trabajo del médico es, sin duda, curar y centrar sus acciones diagnósticas y terapéuticas en el paciente, pero también es su deber reconocer el límite y la finitud de cada ser. Por lo tanto, forma parte del recorrido profesional dialogar abiertamente con la familia y cuestionar la obstinación terapéutica. No causar daño, en este caso, es librar al paciente de una existencia sin calidad y mantenida solo por máquinas¹⁴.

Autonomía

El artículo 31 del CEM prohíbe *al médico no respetar el derecho del paciente o de su representante legal a decidir libremente sobre la realización de prácticas diagnósticas o terapéuticas, salvo en caso de riesgo inminente de muerte*¹⁵. “Autonomía” es la posibilidad de elegir, sin coacción interna o externa, entre las alternativas presentadas. El paciente, salvo en caso de riesgo inminente de muerte, debe tener total libertad para decidir a qué procedimientos está dispuesto a someterse, pasando el derecho a su representante legal en caso de que no pueda elegir.

Para respetar la autonomía, el médico debe recordar que el paciente tiene voz: toda persona en control de sus facultades mentales tiene derecho a elegir el tratamiento al que será sometida, y de ninguna manera puede ser objeto de negligencia, discriminación, violencia o crueldad. Las decisiones deben tomarse junto con el paciente o, en algunos casos, con su responsable legal, considerando todos los puntos de vista posibles y admitiendo que puede haber cambios en la conducta a seguir.

Es de suma importancia registrar toda la información en la historia clínica para evidenciar las conductas adoptadas y permitir una futura consulta, en caso de

ser necesario. Además, en todos los procedimientos se debe utilizar el formulario de consentimiento informado¹⁶ y explicar cada paso al paciente y a su familia o responsables legales, incluso cuando se rechaza el tratamiento sugerido por el profesional sanitario.

Justicia y equidad

Es difícil distinguir el principio de justicia del de equidad, ya que ambos derivan de la obligación ética de tratar a cada individuo según lo que es moralmente correcto y de dar a cada uno lo que le corresponde. Ser ético, en este sentido, es actuar y trabajar por una relación médico-paciente sana, independientemente de los aspectos culturales, sociales, financieros o religiosos. Ser justo es ofrecer conocimientos y recursos de forma imparcial, sin dirigirlos a grupos específicos. Es importante que el paciente sienta la dedicación del profesional, su interés, y reciba la atención adecuada¹⁷.

La eficacia de estos principios en la práctica médica es una cuestión delicada, ya que la justicia y la equidad aún están lejos de aplicarse socialmente en Brasil. Así, una asistencia equitativa solo dejará de ser una utopía cuando la sociedad deje de presentar tantas desigualdades¹⁷. Hasta entonces, la práctica médica trata de encontrar formas de adaptarse y cumplir con las normas de conducta.

Proceso ético-profesional

Aunque actúe según los principios del CEM, el médico está sujeto a procesos judiciales, ya que todo paciente que se sienta perjudicado tiene derecho a recurrir a la Justicia a través de una investigación, que puede ser abierta por el CFM o por el Consejo Regional de Medicina (CRM) para averiguar el hecho y, si corresponde, dar continuidad con el PEP¹⁸. En el caso de que haya actuado conforme a los principios éticos y aun así se abra la investigación, el profesional debe atenerse a la denuncia y explicar el hecho con todas las pruebas necesarias para desarrollar la defensa previa¹⁹. Dichas pruebas incluyen documentos, justificaciones y hasta cinco testigos, reunidos con el fin de proporcionar la mayor cantidad de información posible y evitar que se establezca el PEP¹⁹. La ley no exige la presencia de un abogado, pero en este momento es importante contactar con

un especialista para preparar la defensa y presentar las pruebas.

La investigación es analizada por un tribunal específico y, para que se inicie, debe haber una denuncia escrita u oral, con la identificación completa del denunciante. Se envía esta denuncia al CRM, donde es evaluada por un corregidor y puede ser archivada en caso de desistimiento del denunciante o a criterio de la sala del Consejo, siempre que no se trate de posibles lesiones corporales de carácter grave, acoso sexual o muerte del paciente. En estos casos, la investigación será evaluada según el Código Penal²⁰, y en ningún caso se aceptará denuncia anónima. La responsabilidad ético-profesional es independiente de la criminal, es decir, aunque se aplique el Código Penal²⁰ en el juicio, el PEP seguirá normalmente y el médico estará sujeto a las sanciones profesionales¹⁸.

Tras el inicio de la investigación, el inspector designará a un consejero fiscal que presentará un informe concluyente con la identificación de las partes, la descripción de los hechos, la correlación entre lo ocurrido y la violación del CEM y la conclusión que indique si hubo o no violación del Código¹⁸. Este informe se remitirá para análisis con el objetivo de proponer: conciliación; firma de término de ajuste de conducta (TAC), si corresponde; archivamiento, si no hay indicios de violación del CEM; o establecimiento de un PEP, con o sin propuesta de interdicción cautelar, si se encuentra evidencia de violación del CEM¹⁸.

La conciliación entre las partes debe ser propuesta por un consejero jurídico u otro miembro de la cámara, y no puede producirse en los casos de lesiones corporales de carácter grave, acoso sexual o muerte del paciente. No se admite ninguna propuesta de conciliación después de la aprobación del informe final de la investigación y, si se hace una propuesta, no se admitirá ningún recurso después de la homologación por parte de la cámara de investigación. Si la conciliación no tiene éxito, la investigación continuará con el TAC¹⁸.

El TAC es el acto oficial por el que la persona física o jurídica reconoce que su conducta ofende los intereses éticos individuales o colectivos y se compromete, ante un organismo público legítimo, a ajustar su conducta y cumplir con requisitos legales y éticos con el fin de eliminar la ofensa o el riesgo¹⁸. El término, de carácter confidencial, afirma el compromiso del médico de cumplir con las cláusulas obligatorias, impone los criterios de comportamiento adecuado, establece la suspensión de la investigación con atención a los plazos

de prescripción y define las formas de supervisión en cuanto a los objetivos y obligaciones asumidas¹⁸. El CRM es el responsable de vigilar el cumplimiento del TAC, cuyo incumplimiento implica la apertura de un PEP. El médico que se adhiera a un TAC no podrá firmar otro término por un periodo de cinco años¹⁸.

Tras el voto mayoritario del pleno del consejo del CRM, puede producirse la interdicción cautelar del ejercicio profesional de un médico cuya acción u omisión perjudique o esté a punto de perjudicar al paciente o a la población. La interdicción, que implica el impedimento total o parcial de ejercer la medicina y tiene efecto inmediato hasta la sentencia definitiva del PEP, es válida para todo el territorio nacional. El acto debe publicarse en el *Diario Oficial* y en los medios de comunicación de los consejos de medicina, con identificación de las partes, y también es necesario comunicar los establecimientos de salud en los que el médico ejerce sus actividades. El PEP debe ser juzgado en un plazo de seis meses, prorrogable por el mismo periodo una sola vez¹⁸.

Una vez iniciado, el PEP no puede extinguirse por desistimiento del denunciante. En este caso, se continuará la acción de oficio. El médico acusado es informado por medio de una carta de citación que contiene su nombre completo, su dirección residencial o profesional, el propósito de la citación y la hora y el lugar para la presentación de la defensa preliminar. En esta oportunidad, como ya se ha mencionado, el acusado puede ofrecer documentos y justificaciones, especificar las pruebas que se buscan y nombrar hasta cinco testigos. No se admite la prueba ilícita, es decir, la que viola las normas constitucionales o legales¹⁸.

A continuación se envían las citaciones a los testigos, las partes y los abogados. El documento debe contener una descripción de la persona convocada, una notificación de conocimiento, y el lugar y la hora de la audiencia de instrucción. Todos deben asistir a la audiencia, que comenzará después de la identificación y calificación de las partes. Al final de la audiencia, la sentencia se discute entre los consejeros. Cuando se llega a una conclusión, el juicio se lleva a cabo con la presencia exclusiva de las partes y los defensores, además de los miembros del CRM, un representante de la asesoría jurídica del CRM y los empleados responsables del funcionamiento del Tribunal de Ética Médica¹⁸.

La penalización impuesta al profesional médico (si hay una indicación) se decide en una votación de los consejeros del CRM o CFM. Las sanciones

disciplinarias pueden ser: 1) advertencia confidencial en un aviso privado; 2) censura confidencial en un aviso privado; 3) censura pública divulgada en la prensa oficial; 4) suspensión del ejercicio profesional hasta 30 días; o 5) casación del ejercicio profesional por parte del CFM¹⁸.

Las dos primeras penalizaciones son privadas, es decir, no se informa a la sociedad de la penalización aplicada. En este caso, la sanción se comunica formalmente al profesional infractor y se registra en el historial médico relacionado con la infracción. Las tres últimas, en cambio, se divulgan en el *Diário Oficial* del estado o del Distrito Federal y de la Unión, en periódicos de circulación masiva y en la página web del CRM, además de aparecer en el historial médico del profesional que cometió la infracción, a fin de informar a la sociedad que el profesional ha sufrido una condena ética. En el caso de las dos últimas penalizaciones, la suspensión y la casación, se incauta la tarjeta profesional y el documento de identidad del médico. Por lo tanto, cuando se revoca su ejercicio profesional y esta penalización es confirmada por el CFM, el médico ya no puede ejercer la medicina en Brasil. Sin embargo, al recibir la sentencia, si es inocente o no está satisfecho con la penalización, el profesional puede recurrir al CFM¹⁹.

La pena por la falta ética prescribe en cinco años a partir de la fecha del conocimiento efectivo del

hecho por el CRM. La investigación o el PEP inactivos durante más de tres años se archivarán de oficio o por requerimiento del interesado¹⁸. La rehabilitación podrá ser solicitada por el médico en el CRM en el que esté inscrito tras ocho años de cumplimiento de la condena y sin haber sufrido otra sanción ético-profesional durante este periodo, salvo en el caso de revocación del ejercicio profesional¹⁸.

Consideraciones finales

El creciente número de litigios relacionados con la práctica médica pone de manifiesto la necesidad de entender y practicar la bioética principialista, que se basa en actuar siempre en beneficio del paciente, respetar sus derechos, evitar el daño y buscar la equidad. A partir de la percepción de la complejidad de la práctica médica, deben desarrollarse medios para garantizar que la atención sea cada vez más ética. Si estos principios se siguen al pie de la letra, los profesionales estarán protegidos de sufrir procesos judiciales por su comportamiento. Aun así, en caso de que se produzca el proceso judicial –con consecuencias que van desde advertencias hasta prohibición de ejercer la profesión–, es necesario conocer sus fases y su evolución para poder mantener la calma durante la situación.

Referencias

1. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução n° 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM n° 2.222/2018 e 2.226/2019 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acesso 5 fev 2021]. Disponível: <https://bit.ly/2Mcf sop>
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n° 2.145, de 17 de maio de 2016. Aprova o Código de Processo Ético-Profissional (CPEP) no âmbito do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselhos Regionais de Medicina (CRMs). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 329, 27 out 2016 [acesso 5 fev 2021]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3aB2RcZ>
3. Rocha CP. A história da bioética no mundo. Bioét Foco [Internet]. 7 maio 2015 [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/36Lkx4O>
4. Lopes JA. Bioética: uma breve história: de Nuremberg (1947) a Belmont (1979). Rev Méd Minas Gerais [Internet]. 2014 [acesso 20 maio 2019];24(2):262-73. DOI: 10.5935/2238-3182.20140060
5. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7ª ed. New York: Oxford University Press; 2013.
6. Assis Videira Consultoria & Advocacia. Dados e estatísticas sobre a judicialização da medicina [Internet]. Belo Horizonte: Assis Videira; 2015 [acesso 23 set 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3aH2HRk>
7. Bernardes A. Médicos processados injustamente. Jus [Internet]. 9 abr 2015 [acesso 8 jun 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3pTxXDe>

8. Kfoury Neto M. Culpa médica e ônus da prova: presunções, perda de uma chance, cargas probatórias dinâmicas, inversão do ônus probatório e consentimento informado: responsabilidade civil em pediatria, responsabilidade civil em gineco-obstetrícia. São Paulo: Editora dos Tribunais; 2002.
9. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. 2019. p. 15.
10. Juramento de Hipócrates. Cremesp [Internet]. [s.d.] [acesso 20 abr 2019]. Disponível: <http://bit.ly/3bH1VER>
11. Silva HB. Beneficência e paternalismo médico. Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet]. 2010 [acesso 10 jun 2019];10(supl 2):s419-25. DOI: 10.1590/S1519-38292010000600021
12. Conford FM. Antes e depois de Sócrates. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
13. Kipper JD, Clotet J. Princípios da beneficência e não maleficência. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, organizadores. Iniciação à bioética [Internet]. Brasília: CFM; 1998 [acesso 5 fev 2021]. p. 37-51. Disponível: <https://bit.ly/3cJHIQA>
14. Moritz RD. A equidade e a não maleficência no cuidado de pacientes críticos terminais. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2009 [acesso 2 jun 2019];21(4):341-2. DOI: 10.1590/S0103-507X2009000400001
15. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. 2019. p. 27.
16. Wansa MCD. Autonomia versus beneficência. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2011 [acesso 15 jun 2019];19(1):105-6. Disponível: <https://bit.ly/3tx0Uqz>
17. Princípios bioéticos: a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Ética em ginecologia e obstetrícia [Internet]. São Paulo: Cremesp; 2002 [acesso 2 jun 2019]. Disponível: <https://cutt.ly/3kxbUSx>
18. Silva MAM. Penalidades aplicadas pelos Conselhos de Medicina. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal [Internet]. 16 jan 2018 [acesso 20 abr 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2OOJNRW>
19. Callegari DC. Fui processado: o que devo fazer? J Cremesp [Internet]. 2009 [acesso 15 jun 2019];265:10. Disponível: <https://cutt.ly/zkxQINm>
20. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 31 dez 1940 [acesso 22 mar 2021]. Disponível: <http://bit.ly/18kAHOG>

Marina Faria Salomão – Estudante de grado – marinafariasalomao@gmail.com

0000-0002-5076-1591

Luiza Ribeiro Gontijo – Estudante de grado – luiza.rg7@hotmail.com

0000-0002-6814-5789

Luisa Abdo Ramos Nunes – Estudante de grado – luluabdo@hotmail.com

0000-0003-4175-2420

Felipe Pueyo Magalhães – Estudante de grado – lipepueyo@gmail.com

0000-0001-6013-4295

José Helvécio Kalil de Souza – Doctor – jhkalil@gmail.com

0000-0003-0914-0045

Roberto Paolinelli de Castro – Doctor – rpdecastro@uol.com.br

0000-0003-4487-5522

Correspondencia

Marina Faria Salomão – Rua Agostinho Bretas, 130, Caiçara CEP 30775-520. Belo Horizonte/MG, Brasil.

Participación de los autores

Marina Faria Salomão, Luiza Ribeiro Gontijo, Luisa Abdo Ramos Nunes y Felipe Pueyo Magalhães analizaron los datos y la literatura sobre el tema y escribieron el artículo. José Helvécio Kalil de Souza y Roberto Paolinelli de Castro revisaron y aprobaron el texto y ayudaron a recopilar los datos de los consejos médicos regionales.

Recibido: 7.1.2020

Revisado: 28.1.2021

Aprobado: 29.1.2021