

**PESQUISA**

Medicina defensiva: uma prática em defesa de quem?

Homaiê Mascarin do Vale¹, Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki¹

1. Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, Laboratório de Psicologia e Saúde, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp), São José do Rio Preto/SP, Brasil.

Resumo

Casos de litígio contra médicos têm aumentado no Brasil: já são três novas ações por hora em decorrência de suposto erro médico. Este estudo objetivou analisar se o médico processado e o profissional que conhece outro colega de profissão que também passou por tal situação alteram a conduta clínica com receio de figurar como réu em ação indenizatória por erro médico. Foi aplicado questionário a 104 médicos de 28 especialidades, 53 mulheres (51%) e 51 homens (49%). Analisou-se a relação entre variáveis como estado civil, tempo médio de formado, vínculos empregatícios, entre outras, e a prática cotidiana da medicina defensiva. O estudo busca promover o debate sobre a alteração da conduta clínica por interesse do médico em não ser processado, desvinculando sua prática e a hipótese diagnóstica do paciente.

Palavras-chave: Medicina defensiva. Erros médicos. Imperícia-Imprudência.

Resumen**Medicina defensiva: ¿una práctica en defensa de quién?**

Los casos de litigio contra médicos han aumentado en Brasil: ya son tres nuevas acciones por hora, como consecuencia de un supuesto error médico. Este estudio tuvo como objetivo analizar si el médico procesado y el profesional que conoce a otro colega de profesión que pasó por tal situación modifican su conducta clínica ante el temor de figurar como reo en una acción indemnizatoria por error médico. Se aplicó un cuestionario a 104 médicos de 28 especialidades, siendo 53 mujeres (51%) y 51 hombres (49%). Se analizó la relación entre variables como estado civil, tiempo promedio de egreso, vínculos laborales, entre otras, y la práctica cotidiana de la medicina defensiva. El estudio procura promover el debate sobre la alteración de la conducta clínica por interés del médico en no ser procesado, desvinculando su práctica y la hipótesis diagnóstica del paciente.

Palabras clave: Medicina defensiva. Errores médicos. Mala praxis-Imprudencia.

Abstract**Defensive medicine: a practice in whose defense?**

Cases of litigation against physicians have been growing in Brazil: there are currently three new lawsuits filed per hour related to alleged medical error. The purpose of this study was to analyze if both the physician who is sued and the physician who knows another physician who has been sued change their clinical behavior due to the fear of appearing as a defendant in a lawsuit seeking compensation for medical error. In all, 104 questionnaires were answered by physicians of 28 different specialties, 53 (51%) being women and 51 (49%) being men. The relationship between variables such as marital status, the average time since graduation, employment links, among others, and the daily practice of defensive medicine. The study aims to promote the debate about the change in clinical behavior due to the physician's interest in not being sued by removing the link between their conduct and the patient's diagnostic hypothesis.

Keywords: Defensive medicine. Medical errors. Malpractice-Imprudence.

A medicina defensiva originou-se na década de 1970 e caracteriza-se pelo emprego de procedimentos diagnóstico-terapêuticos com o propósito explícito de evitar litígios por má prática da medicina¹. Significa dizer que, em um primeiro momento, levando em conta o arcabouço documental (exames laboratoriais, diagnósticos e/ou exames de imagem), médicos não assumem o tratamento do paciente para reduzir o risco de litígio por suposta má prática profissional.

Trata-se de realidade corroborada por diversos estudos, a maioria estrangeiros, como o de Dove e colaboradores², que investigaram 824 médicos, dos quais 93% confirmaram essa prática. Dado o aumento de processos contra médicos, inclusive no Brasil³, a medicina defensiva é usada como estratégia pelos profissionais de saúde, principalmente médicos, para dificultar a ocorrência de processos judiciais e diminuir o risco de indenização das possíveis vítimas.

A ministra do Superior Tribunal de Justiça Nancy Andrighi considerou, no Recurso Especial 908.359/2008, que a relação médico-paciente vive seu pior momento:

Há não muito tempo, a medicina era praticamente uma arte, a arte de curar. Médicos de família acompanhavam os indivíduos por toda a vida e também seus descendentes. Conseguindo diagnosticar uma doença tocando o corpo do paciente, considerando o histórico da pessoa, suas tendências e propensões. Curava-se valorizando o indivíduo. Todavia, essa realidade cedeu lugar à medicina empresarial, na qual o atendimento pessoal é substituído pelo atendimento em massa, impessoal. Desse aresto emoldurado em julgado de erro médico declina-se o entendimento do judiciário sobre a medicina, onde, a relação médico-paciente é mitigada pelo lucro⁴.

O desenvolvimento tecnológico em medicina relegou ao segundo plano a singularidade do paciente (emoções, crenças e valores). Na mesma esteira, a formação médica tornou-se cada vez mais especializada, e as condições de trabalho também mudaram, restringindo o contato do médico com o paciente e demandando formação mais abrangente⁵. Nesse contexto, o estudo objetivou analisar a perspectiva dos médicos sobre possíveis processos por má prática profissional, bem como verificar se eles utilizam a medicina defensiva em seu cotidiano e quais variáveis contribuem para isso.

Método

Trata-se de pesquisa de campo transversal, exploratória e descritiva, com estatística derivada de amostra de conveniência. O universo investigado contempla médicos de diferentes especialidades oriundos de São José do Rio Preto e região (São Paulo, Brasil). Entre novembro de 2017 e abril de 2018 os participantes responderam questionário do tipo *survey*, no qual incluíram dados específicos de sua vida médica. As variáveis remetem ao conhecimento do termo “medicina defensiva” e seu uso na prática clínica, considerando se o médico já foi processado por erro, se conhece algum colega que passou por tal situação e se isso influencia sua conduta clínica.

Os dados foram organizados no *software* Microsoft Excel. Para a análise estatística foram utilizadas as seguintes métricas: média, teste de normalidade de Shapiro-Wilk e teste de Kruskal-Wallis. Para amostras com dados qualitativos recorreu-se à estatística inferencial, por meio do teste de qui-quadrado de partição, teste exato de Fisher e Mann-Whitney. Cabe ressaltar que a pesquisa cumpre os princípios éticos e legais atinentes ao tema.

Resultados

O questionário foi aplicado a 104 médicos de 28 especialidades, 53 mulheres (51%) e 51 homens (49%). A média de idade da população estudada foi de 35,7±12,1 anos, variando entre 23 e 71 anos. Sobre o estado civil, 57 (55%) médicos eram solteiros, 39 (37%) casados, 6 (6%) divorciados e apenas 2 (2%) relataram união estável. Setenta e quatro respondentes não tinham filhos (71%). Do total de participantes, 30 tinham filhos com média de idade de 16,14±11,45 anos, sendo: 11 médicos (11%) com um filho; 13 (13%) com dois; 4 (4%) com três; e apenas 2 (2%) com quatro filhos.

O tempo médio de formado foi de 10,72±12,22 anos, e a especialidade predominante foi a clínica médica, com 31 (30%) representantes, seguida por 7 (7%) infectologistas, 5 (5%) dermatologistas e outros 5 (5%) gastroenterologistas. Dividindo as especialidades em quatro grupos (clínica, cirúrgica, procedimentos e grupo especial, com especialidades que podem trabalhar na área clínica e/ou cirúrgica), constata-se que 67 (64,42%) eram do grupo clínico, 14 (13,46%) do cirúrgico,

11 (10,58%) do especial e 12 (11,54%) do grupo que realiza procedimentos.

Dos 104 respondentes, 94 (90%) trabalham em hospital; 38 (36%) atendem em clínicas particulares; 29 (28%) atuam em instituições de ensino; e 27 (26%) possuem emprego municipal, estadual ou federal. Entre as outras áreas de atuação, 3 (3%) trabalham na Unidade de Pronto Atendimento, 3 (3%) no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; 2 (2%) em Unidades Básicas de Saúde da Família e 1 (1%) no Ambulatório Médico de Especialidades. Os percentuais não totalizam 100% em razão do exercício concomitante de vínculos empregatícios.

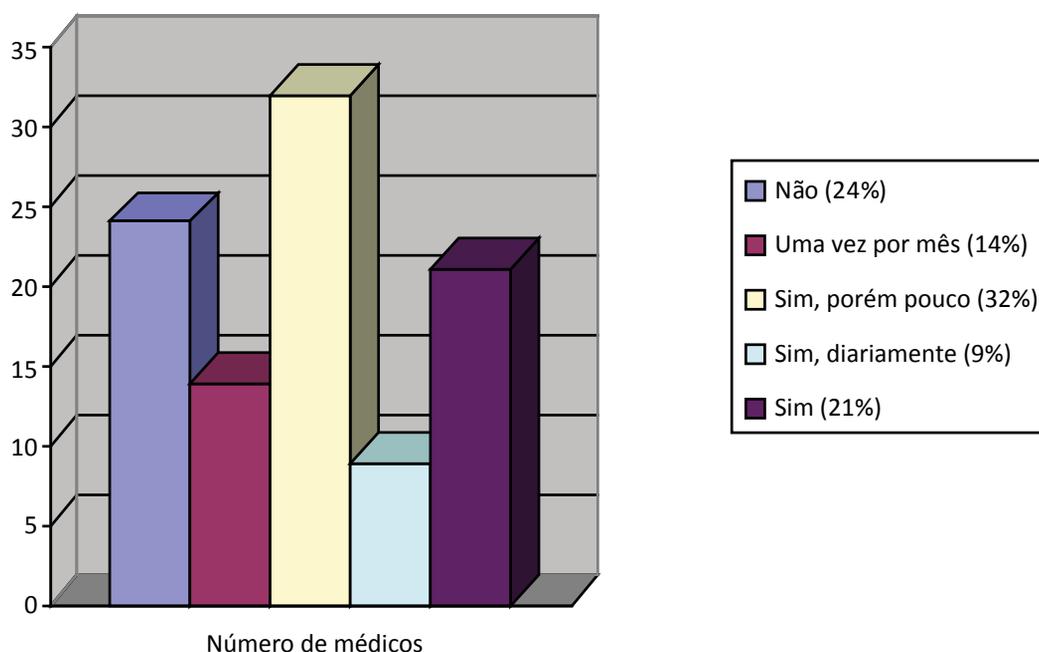
A média de horas semanais trabalhadas foi de $57,58 \pm 17,7$, e 78 (75%) profissionais confirmaram ser plantonistas. Na distribuição semanal, 17 (21,79%) médicos informaram que fazem um

plantão; 34 (43,59%) fazem dois; 13 (16,67%) fazem três; e 14 (17,95%) fazem quatro plantões ou mais. Quanto ao horário, 50 (64,10%) participantes fazem plantões noturnos e diurnos; 21 (26,92%) fazem apenas plantões noturnos; e 7 (8,97%), somente diurnos. Apenas um médico da amostra trabalha em um único lugar.

Perfil de médicos que praticam medicina defensiva

Do total de participantes do estudo, apenas 48 (46%) conheciam o conceito de “medicina defensiva”, e 12 (25%) destes não a praticaram no último ano. Por outro lado, dos 56 (54%) que não conheciam o termo, 42 (75%) ainda assim praticavam a medicina defensiva. Nota-se que a maior parte dos médicos recorre raramente a essa prática, como mostra a Figura 1. Um dos participantes não respondeu essa questão.

Figura 1. Frequência de médicos que praticaram medicina defensiva no último ano



A partir desse contexto, os pesquisadores analisaram o perfil dos profissionais que praticam a medicina defensiva, independentemente de conhecer ou não o termo. A Tabela 1 apresenta as características dos médicos que responderam essa questão. A única categoria que apontou diferença estatisticamente significativa foi estado civil; médicos casados ou em união estável responderam “sim” ou “não”, enquanto os solteiros escolheram predominantemente as alternativas intermediárias.

Apesar de não indicarem diferença estatisticamente significativa, algumas categorias merecem destaque. Os médicos que negaram praticar esse tipo de medicina tinham média etária um pouco superior àqueles que a utilizam. Além disso, grande parte dos profissionais com filhos respondeu que não praticava ou fazia pouca medicina defensiva. Também chama atenção a resposta dos médicos plantonistas, que mais se envolviam com a medicina defensiva do que aqueles que não fazem plantões.

Três testes estatísticos inferenciais foram utilizados neste estudo. O primeiro foi o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, com o objetivo de verificar a distribuição das amostras quantitativas e definir qual seria o teste mais seguro para

a análise. Como as amostras tiveram distribuição não paramétrica, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. Para amostras com dados qualitativos, a estatística inferencial foi feita pelo teste de qui-quadrado de partição.

Tabela 1. Perfil dos médicos que praticaram ou não medicina defensiva no último ano

Você praticou medicina defensiva no último ano?	Não (n=25)	Uma vez por mês (n=14)	Sim, porém pouco (n=33)	Sim, diariamente (n=9)	Sim (n=22)	p
Média de idade (anos)	41,16	31,1	35,3	34,6	33,9	0,1065
Média do tempo de formado (em anos)	16,1	5,7	10,6	8,5	9,1	0,0964
Sexo masculino	13	6	14	5	12	0,8631
Solteiros	11	11	24	7	9	0,022
Com filhos	12	2	11	1	4	0,0753
Especialidade clínica	18 (n=20)	12 (n=13)	17 (n=24)	6 (n=8)	13 (n=24)	0,3546
Local de trabalho						
Hospital	22	13	31	8	19	0,996
Clínica particular	13	2	12	2	9	0,164
Emprego municipal, estadual ou federal	9	2	9	1	6	0,4958
Instituição de ensino	9	3	7	3	6	0,7382
Média de horas trabalhadas por semana	57	57,4	52,5	63,6	64,5	0,3078
Médicos que dão plantões	16	10	24	9	17	0,32

Conhecer o termo “medicina defensiva” influencia a prática médica

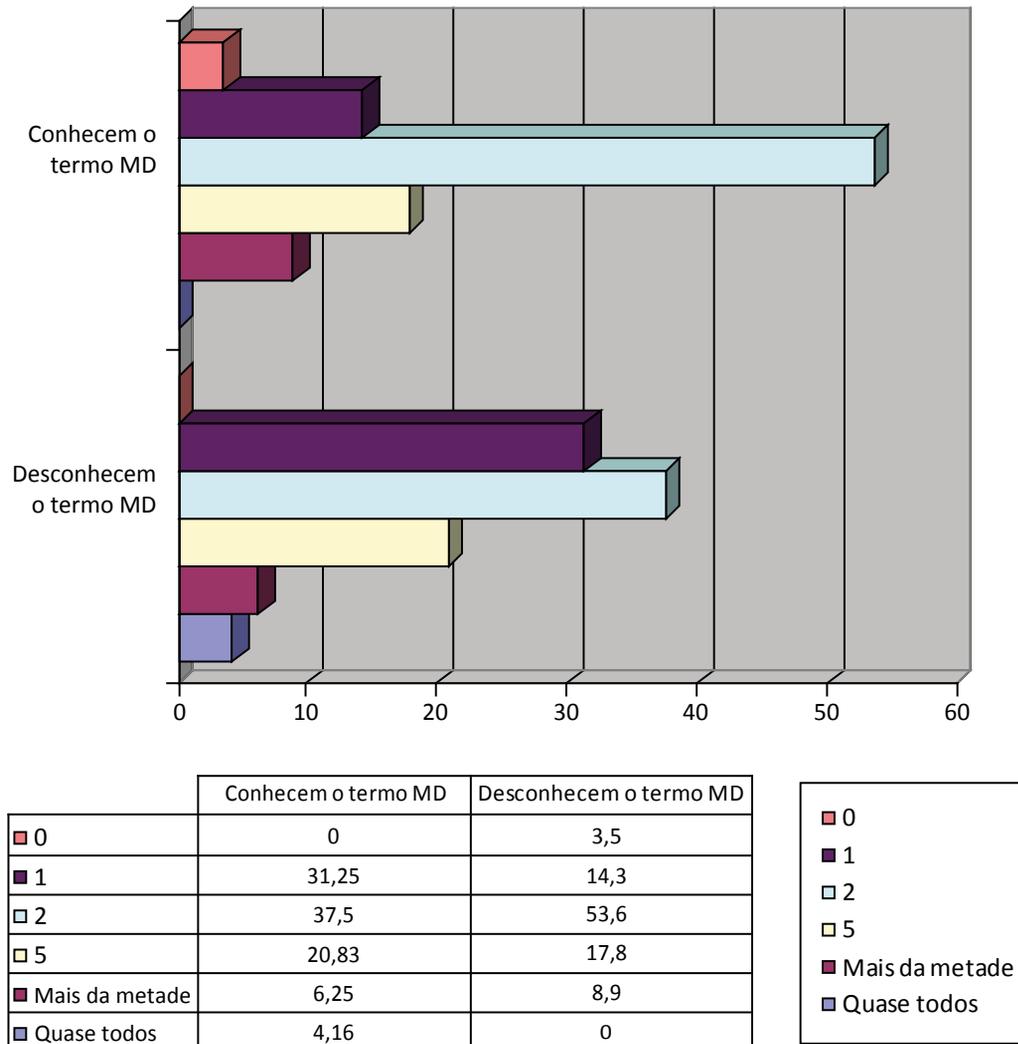
- **Pedido de exames**

A Figura 2 ilustra como o conhecimento sobre medicina defensiva influencia o pedido de exames que seriam dispensáveis para avaliação, prognóstico e tratamento do paciente. Os médicos que conhecem o termo responderam que pelo menos um exame seria desnecessário para o paciente. Além disso, apenas aqueles que sabem sobre medicina defensiva disseram pedir quase todos os exames desnecessários. O contrário ocorre com médicos que desconhecem esse conceito: alguns disseram não pedir exames prescindíveis,

e nenhum deles costuma solicitar quase todos as avaliações irrelevantes a seus pacientes.

A análise estatística foi realizada pelo teste de qui-quadrado, indicando $p=0,1015$. Isso aponta que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Quanto aos pedidos de exame feitos pelos próprios enfermos, o conhecimento sobre medicina defensiva também influenciou a atuação médica. Nenhum participante deixou de pedir testes solicitados pelos doentes, e 11 médicos (23%) costumam pedir cinco ou mais exames. Apenas três dos que desconheciam o termo pedem cinco ou mais dos solicitados pelos pacientes. Essa diferença foi comprovada estatisticamente pelo teste de qui-quadrado, que gerou $p=0,0194$.

Figura 2. Conhecimento sobre medicina defensiva e como isso interfere no pedido de testes complementares



MD: medicina defensiva.

• **Processos por erro médico**

Dos 104 entrevistados, 12 já sofreram algum tipo de processo; destes, apenas quatro sabiam o que era medicina defensiva. Essa diferença não foi estatisticamente significativa, pois o teste exato de Fisher resultou $p=0,3771$. Dos 12 processos, seis ainda estavam em trâmite à época da coleta de dados, e o restante foi resolvido sem condenação do médico. Vale notar que todos os profissionais absolvidos, mesmo os que negaram conhecer o termo “medicina defensiva”, pediam para o enfermo pelo menos um exame irrelevante.

• **Medo de receber processos interfere na conduta médica**

Dos 101 médicos que responderam essa pergunta, 76 (75%) acreditam que o medo de receber

processos interfere no pedido de exames e na conduta médica. Dos 47 que conhecem a medicina defensiva e responderam essa pergunta, 34 (72%) acreditam que o medo interfere, e 42 (78%) dos 54 médicos que não conheciam o termo pensavam da mesma forma. Essa diferença não foi estatisticamente significativa, como indica a análise estatística via teste de qui-quadrado ($p=0,6888$). Portanto, o conhecimento sobre medicina defensiva não afasta nem aumenta o medo de receber processos.

• **Conhecer alguém que sofreu processo interfere na prática da medicina defensiva**

Dos 104 respondentes, 85 (82%) tinham algum colega que já tinha sido processado, e 59 destes (69%) alegaram que isso influenciou seu comportamento clínico ou em outras esferas. Não houve

diferença entre aqueles que sabiam ou não sobre medicina defensiva (teste qui-quadrado $p=0,8910$). Conhecer o conceito também não foi estatisticamente significativo entre esses grupos ($p=0,9845$).

De acordo com esses resultados, a maioria dos médicos conhece alguém que já foi processado, e isso influencia seu comportamento clínico ou de outras formas. No entanto, essa realidade não leva os médicos a estudar meios de se defender desse risco; do contrário, aqueles que afirmam conhecer profissionais processados saberiam o significado de medicina defensiva.

- **Médicos pedem mais exames que o necessário**

Não houve influência significativa do conhecimento sobre medicina defensiva na resposta dos participantes, uma vez que 46 (95,83%) dos 48 que conhecem o termo concordaram em parte ou completamente com a frase “médicos solicitam mais exames ou realizam mais procedimentos do que seria necessário como forma de proteger-se contra processos”. Entre os 56 que não conheciam o conceito, 46 (82,14%) responderam da mesma forma. A base estatística foi aferida por meio do teste de Mann-Whitney ($p=0,0260$).

- **A quantidade de exames diminuirá se os médicos se sentirem protegidos contra processos**

Neste item, 35 (73%) dos 48 médicos que conheciam a medicina defensiva concordaram em parte ou completamente com a sentença “o uso excessivo de exames e procedimentos não diminuirá, a menos que os médicos se sintam protegidos contra processos”, enquanto 29 (52%) dos 56 médicos que não conheciam o termo também a consideraram válida. Essa diferença não foi confirmada pela análise estatística do teste de Mann-Whitney ($p=0,051$), valor muito próximo do nível de significância utilizado no artigo.

Discussão

A amostra teve média etária de 35,7 anos, sendo maioria o público feminino. Isso confirma a feminização da medicina no Brasil, fenômeno que ocorre desde 2009 com médicos de idade igual ou inferior a 34 anos⁶. A média de horas trabalhadas (57,58) se harmoniza com a da demografia médica paulista de 2017⁶, em que 54% dos médicos afirmaram estar “em plena capacidade de trabalho”, porém

distantes da sobrecarga considerada para a jornada semanal (80 horas ou mais).

Estudo de Oliveira⁷ corrobora pesquisa do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo⁸, esclarecendo que, apesar dos protocolos, diretrizes e recomendações do Conselho Federal de Medicina (CFM), os médicos têm extensas jornadas de trabalho e diversos vínculos empregatícios. Segundo o autor, esses profissionais aumentam sua exposição ao risco de erro quando atendem quantidade excessiva de pacientes, tomando decisões rápidas, normalmente sob pressão e estresse, com curtos períodos de descanso, alimentação inadequada e pouco tempo em casa.

Outras pesquisas⁹⁻¹¹ ressaltam que a associação entre sobrecarga de trabalho, falta de tempo para tarefas diárias, equipe reduzida e alto contingente de pessoas ávidas por atendimento eleva a probabilidade de ocorrer erro médico. A proporção de 56 (54%) participantes que desconheciam o termo “medicina defensiva” não é compatível com quase três décadas de existência da terminologia, que começa a ser usada nos Estados Unidos dos anos 1990¹².

Algumas categorias, apesar de não terem apresentado diferença estatisticamente significativa, trazem dados interessantes. Geralmente as médicas estabelecem melhor relação com pacientes. Neste estudo, a idade dos respondentes e o fato de serem majoritariamente mulheres com filhos podem ter contribuído para que a medicina defensiva fosse menos usada, talvez pela maior consciência da possibilidade de litígio ou estresse decorrente de processo por erro médico. Partindo da média de idade de 35,7 anos ($\pm 12,1$) e do fenômeno da feminização da medicina que ocorre no país desde 2009, confirmada neste estudo, constata-se que a mulher guarda mais qualidade na relação médico-paciente e, em razão disso, tem menos probabilidade de ser processada, mesmo que tenha mais receio disso.

O trabalho de profissionais solteiros e plantonistas está mais sujeito ao cansaço, devido à alta carga horária dos plantões. Os primeiros são os que menos recorrem à medicina defensiva para se proteger de possíveis processos, sobretudo por imaturidade no trato com pacientes e pela inexperiência sobre os riscos existentes nessa relação.

O Código de Ética Médica (CEM), conforme Recomendação CFM 1/2016¹³, trouxe novas exigências sobre autonomia do paciente e gerou mudança de paradigma quanto à relação médico-paciente. Conforme o Princípio Fundamental XXI do CEM¹⁴, aprovado em 2009, o profissional de saúde deve

acatar as escolhas expressas por seus pacientes em relação a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas como válidas.

Para Cunningham e Wilson¹⁵, a medicina defensiva positiva pode estar ligada à diminuição da confiança do paciente e à pouca habilidade do profissional para tomar decisões sob pressão. Além disso, os crescentes encaminhamentos e admissões no hospital, identificação preventiva de problemas dos pacientes, documentação e consentimento excessivos e mudanças nas equipes profissionais também favorecem essa prática.

Já a medicina defensiva negativa é caracterizada por mudanças na resposta a reclamações particulares, como acontece, por exemplo, quando se extingue o atendimento de obstetrícia e cuidados intensivos. Por vezes a especialidade médica é movida da zona rural para a urbana, ou retiram-se cuidados de pacientes em condições de saúde que estão em risco iminente de demanda judicial.

Dos 12 participantes processados, sete são mulheres e cinco homens. Metade da amostra de litigantes figura nas especialidades mais processadas do país: ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, anestesia, oftalmologia e cirurgia plástica. A maioria feminina contradiz estudos inclinados à ideia de que as médicas são mais propensas do que seus colegas masculinos a harmonizar a relação médico-paciente por adotarem estilo mais democrático na comunicação, promovendo relacionamentos colaborativos, discutindo mais o tratamento e envolvendo o paciente na tomada de decisão^{16,17}.

De 2010 a 2014 os processos por erro médico no Superior Tribunal de Justiça cresceram 140%. O acréscimo entre 2016 e 2017 foi de 49%, totalizando, só em 2017, 1.183.812 novos processos. Em geral, as especialidades médicas mais demandadas são ginecologia e obstetrícia (43% dos casos), traumatologia (16%), cirurgia plástica (7%) e cirurgia geral (7%). Com relação às partes envolvidas, uma curiosidade: a maioria das ações é movida por pacientes do sexo feminino; do outro lado, os médicos mais processados são do sexo masculino¹⁸.

A literatura confirma a complexidade da relação entre qualidade do cuidado médico e postulações judiciais dos pacientes. Evento adverso, com resultado indesejado, não necessariamente incorre em litígio; entretanto, podem surgir processos judiciais e/ou administrativos mesmo que o procedimento padrão tenha sido seguido de forma exemplar. Muitas pesquisas desenvolvidas em vários países demonstram que

ambos os casos têm impacto significativo no desempenho profissional dos médicos¹⁵.

A ameaça de enfrentar processo litigioso e a percepção de que o sistema de saúde é injusto – desbalanceado em favor do paciente, com legislação que respalda a inversão do ônus da prova, conforme o artigo 6º, inciso VIII, do Código de Defesa do Consumidor¹⁹, geram imensa relutância na classe médica em reportar falhas e negligência. Trata-se o erro retrospectivamente, fixando a culpa, em vez de reparar o sistema para prevenir outros problemas. Mesmo sociedades mais avançadas ainda estão longe de popularizar e universalizar o diálogo sobre o assunto, que continua sendo tratado de modo defensivo, com poucos métodos eficientes para reconhecer erros médicos evitáveis².

O paciente, cada vez mais inseguro, encontra na mídia suporte para sua intenção de processar o médico, pois veículos de grande circulação, como *Veja*, *The New York Times* e *O Estado de São Paulo*, imputam ao profissional a culpa pelo caos da saúde no Brasil e no mundo. Propaga-se, por exemplo, que erro médico mata mais que câncer no Brasil:

- *Novo estudo sugere que as falhas médicas matam mais de duas pessoas a cada 3 minutos no Brasil*²⁰;
- *Organização Mundial da Saúde: ir ao hospital é mais arriscado do que viajar de avião – milhões morrem todos os anos por erros médicos ou infecções hospitalares*²¹;
- *Erros médicos estão mais frequentes, diz pesquisa – estudo listou incidentes entre 2002 e 2008. Há casos de pacientes que tiveram o lado errado do cérebro operado e órgãos saudáveis retirados*²²;
- *Mercado de seguros específicos para médicos está em alta – em uma das operadoras, o número de benefícios vendidos para profissionais de saúde avançou 40% em 2 anos*²³.

Estudo aponta que, em 2015, a má prática médica foi responsável pela morte de 1.190 brasileiros por dia, sendo a primeira ou segunda causa de morte no país, inclusive à frente de doenças cardiovasculares e câncer. Além das vidas perdidas, o estudo projeta que os eventos adversos consumiram cerca de 5 a 15 bilhões de reais em recursos da saúde privada brasileira naquele ano²³.

Casos de erro médico no Brasil enquadram-se no Código de Processo Civil²⁴, tendo como arcabouço o Código de Defesa do Consumidor, que dá azo à inversão do ônus da prova²⁵. Com esse recurso, o acusado é que deve provar que não teve culpa ou foi negligente. Ao autor da demanda cabe provar apenas

o dano e o nexo causal entre ele e o ato. A gratuidade da justiça, muitas vezes deferida pelo Judiciário, ainda favorece o paciente, isentando-o de custos financeiros e taxas processuais, pois o advogado também trabalha com a promessa de pagamento vinculado ao resultado da demanda. Assim, sorteia-se a condenação do médico ou serviço de saúde como prêmio que, se não alcançado, não oferece risco contrário.

Considerações finais

À luz da ética, conclui-se que as consequências da medicina defensiva e seu conhecimento por parte dos pacientes tendem a dificultar ainda mais a relação médico-paciente, devido à redução na confiança do paciente em relação ao profissional. A dilatação do prazo para diagnosticar o problema e buscar a cura, além de punir o paciente que depende do Sistema Único de Saúde, aumenta substancialmente

o custo do serviço de saúde, tanto em âmbito público quanto privado.

A falta de incentivo à mediação e conciliação na seara hospitalar também favorece a medicina defensiva, dado que o médico se sentiria mais protegido se cada instituição contasse com segmento interno para cuidar das relações com pacientes. Do grupo pesquisado, a maioria recorre à medicina defensiva para se resguardar contra processos por má conduta profissional.

A frequência com que os participantes exercem medicina defensiva é relevante: 75% afirmaram utilizar essa medida cotidianamente. Verificou-se ainda que os solteiros a praticam menos, enquanto os plantonistas a praticam diariamente. Vários fatores contribuem para esse cenário, como pedidos dos próprios pacientes, receio dos médicos quanto a possíveis processos de responsabilidade civil, e ciência de algum colega processado, o que influencia diretamente a conduta clínica, conforme constatado neste estudo.

Referências

1. Ramírez-Alcántara YL, Parra-Melgar LA, Balcázar-Rincón LE. Medicina defensiva: evaluación de su práctica en unidades de medicina familiar de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. *Aten Fam [Internet]*. 2017 [acesso 20 nov 2018];24(2):62-6. Disponível: <https://bit.ly/2ZqpPw7>
2. Dove JT, Brush JE Jr, Chazal RA, Oetgen WJ. Medical professional liability and health care system reform. *JACC [Internet]*. 2010 [acesso 20 nov 2018];55(25):2801-3. Disponível: <https://bit.ly/2WBLCiD>
3. Má prática e infrações éticas lideram o crescimento expressivo de processos: cresce o número de processos contra médicos por má prática e infrações éticas. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [Internet]. Ética médica; 26 jul 2012 [acesso 20 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2IFBzUS>
4. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial REsp 908.359 SC 2006/0256989-8: inteiro teor [Internet]. 17 dez 2008 [acesso 20 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/31o3kd8>
5. Younes PAP. A responsabilidade ético-jurídica do profissional de medicina no Brasil: uma perspectiva histórica. *Linhas Jurídicas [Internet]*. 2015 [acesso 20 nov 2018];7(10):1-39. Disponível: <https://bit.ly/2KbeLhp>
6. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil 2018 [Internet]. São Paulo: FMUSP; 2018 [acesso 20 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2KdJfRq>
7. Oliveira LRM. Os laudos periciais nas ações judiciais por erro médico: uma análise crítica [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010 [acesso 20 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2Ie7NrI>
8. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Número de médicos em SP cresce mais do que o da população em geral. *Informativos do Cremesp [Internet]*. 2017 [acesso 20 nov 2018];344:8-9. Disponível: <https://bit.ly/2WW8480>
9. Chalmers C, Straub M. Standard principles for preventing and controlling infection. *Nurs Stand [Internet]*. 2006 [acesso 20 nov 2018];20(23):57-65. Disponível: <https://bit.ly/2RmujBv>
10. Beggs CB, Noakes CJ, Shepherd SJ, Kerr KG, Sleigh PA, Banfield K. The influence of nurse cohorting on hand hygiene effectiveness. *Am J Infect Control [Internet]*. 2006 [acesso 20 nov 2018];34(10):621-6. Disponível: <https://bit.ly/2Kf21rH>
11. Runciman B, Merry A, Walton M. Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right. Abingdon: CRC Press; 2017.
12. Minossi JG, Silva AL. Medicina defensiva: uma prática necessária? *Rev Col Bras Cir [Internet]*. 2013 [acesso 20 nov 2018];40(6):494-501. Disponível: <https://bit.ly/2KObXYw>
13. Conselho Federal de Medicina. Recomendação CFM nº 1/2016 [Internet]. 21 jan 2016 [acesso 20 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2Pokq4y>
14. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931/2009. Aprova o Código de Ética Médica [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília, p. 90, 24 set 2009 [acesso 20 nov 2018]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2dWQz1r>

15. Cunningham W, Wilson H. Complaints, shame and defensive medicine. *Postgrad Med J* [Internet]. 2011 [acesso 20 nov 2018];87(1034):837-40. Disponível: <https://bit.ly/2Wl2zwJ>
16. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *Jama* [Internet]. 2002 [acesso 20 nov 2018];288(6):756-64. Disponível: <https://bit.ly/2XeFMYS>
17. Hall JA, Roter DL. Medical communication and gender: a summary of research. *J Gend Specif Med* [Internet]. 1998 [acesso 20 nov 2018];1(2):39-42. Disponível: <https://bit.ly/2ISg3wv>
18. Cambricoli F. Em 4 anos, número de processos por erro médico cresce 140% no STJ. *O Estado de S. Paulo* [Internet]. Saúde; 22 mar 2015 [acesso 20 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2TzMHoo>
19. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília, 12 set 1990 [acesso 3 jan 2018]. Disponível: <https://bit.ly/18lUsHh>
20. Erro médico mata mais que câncer no Brasil. *Veja* [Internet]. Saúde; 26 out 2016 [acesso 20 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2U4R2Sb>
21. OMS: ir ao hospital é mais arriscado do que viajar de avião. *Veja* [Internet]. Saúde; 22 jul 2011 [acesso 20 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2lcQEy9>
22. The New York Times. Erros médicos estão mais frequentes, diz pesquisa. *Veja* [Internet]. Saúde; 22 out 2010 [acesso 20 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2RekYvt>
23. Couto RC, Pedrosa TGM, Rosa MB, editores. Erros acontecem: a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados: construindo um sistema de saúde mais seguro [Internet]. Belo Horizonte: IESS; 2016 [acesso 20 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2WCibIF>
24. Brasil. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília, 17 mar 2015 [acesso 20 abr 2017]. Disponível: <https://bit.ly/1Vojl3i>
25. Grinover AP, Benjamin AHV, Fink DR, Filomeno JGB, Nery N Jr, Denari Z. Código brasileiro de defesa do consumidor [Internet]. 10ª ed. Rio de Janeiro: Forense; 2011.

Participação dos autores

Homaile Mascarin do Vale, principal redator do artigo, propôs a estrutura do texto integral e foi responsável pelos dados parametrizados. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki, crítica, incluiu alterações e melhorias na fundamentação de argumentos.

Correspondência

Homaile Mascarin do Vale – Rua Dr. Raul Silva, 347, Redentora CEP 15015-020. São José do Rio Preto/SP, Brasil.

Homaile Mascarin do Vale – Mestrando – homaile@homaile.com.br

 0000-0002-1218-8093

Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki – Livre-docente – cmiyazaki@famerp.br

 0000-0002-6792-4529

