

Este livro traz ao debate professores e alunos do curso de Medicina, instigando-os para a discussão sobre as transformações que estão acontecendo na sociedade e que modificarão o exercício profissional do médico de maneira brutal nos próximos anos.

Roberto Queiroz Gurgel

A despeito da melhor condução clínica, a bioética se impõe, estabelecendo normas de conduta profissional que visam o presente e o futuro, sendo elas movidas pelo movimento social, assim como o é o próprio Direito.

Ricardo Scandian de Melo

O conhecimento das determinações legais permite que o médico esteja devidamente precavido no exercício da sua profissão, principalmente quanto à produção de provas documentais capazes de demonstrar que sua prática seguiu as diretrizes previstas na literatura médica.

Yuri Lobão Barbosa

Com o propósito de estimular o avanço da medicina e de suas diversas interpretações, a dor, o sofrimento e a perda de autonomia vêm sendo considerados tão importantes quanto os sinais vitais, que antes eram as únicas prioridades do cuidado em pacientes.

Vera Maria Silveira de Azevedo

A evolução dos princípios da bioética e a aplicação dessas práticas garantem a preservação da qualidade de vida e da dignidade do indivíduo que se encontra sob cuidados.

Gilberto Bezerra Ribeiro

O conceito de “ética médica” tem sua origem na época do Iluminismo e é atribuído à obra “**Medical Ethics**”, publicada em 1803, pelo médico inglês Thomas Percival. Na modernidade, a ética médica se defronta com temas estruturantes de uma sociedade plural e secular. Nunca os médicos confrontaram dilemas tão inquietantes no exercício profissional, dado que os preceitos intemporais hipocráticos se revelam insuficientes para o exercício da medicina, resultado dos avanços da tecnociência e das mudanças culturais da sociedade. Tornam-se necessárias mudanças que atualmente ocorrem concernentes à compreensão do direito à saúde, lastreados pelos princípios da autonomia, responsabilidade e justiça. Ressalte-se, no entanto, que os diferentes modos de agir não implicam contraposição entre normas hipocráticas, absolutamente necessárias, haja vista, que são os mesmos princípios da moralidade humana que justificam seu estamento na sociedade.

Este livro, “**Conflitos Éticos e Deontologia Médica**”, enfoca os fundamentos deontológicos atuais da ética médica e aprofunda a discussão sobre os conflitos de valores da medicina em tempos contemporâneos. Os autores, sob a coordenação da professora Déborah Pimentel, discorrem sobre normativas que se colocam no centro dos dilemas bioéticos. Contudo, não se restringem apenas às questões fraturantes da biomedicina atual que focalizam questões inquietantes do início, do viver e do fim da vida. Abordam, também, aspectos mais tradicionais, não menos relevantes, tais como erro médico, comunicação, pesquisa médica e integridade profissional, temas que assumem hoje, mais do que nunca, relevância diante de uma sociedade assombrosamente tecnológica, mas profundamente desumanizada. A leitura deste livro permitirá aos leitores estímulos para formar sua própria opinião e a possibilidade de alcançar uma visão da medicina exercida em valores universais de respeito pela dignidade da pessoa em uma sociedade plural, dialógica e secularizada.



HENRIQUE BATISTA, médico aposentado pelo Ministério da Saúde e pela Universidade Federal de Sergipe. Mestrado em Cardiologia pela UFRJ e Especialização em Bioética pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em convênio com o Conselho Federal de Medicina. Atualmente, secretário da Sociedade Médica de Sergipe, conselheiro do Cremese, membro da Academia Sergipana de Medicina, da Sociedade Brasileira de Escritores Médicos – Regional Sergipe, da Academia Maruinense de Letras e Artes e das Comissões de Bioética, Cardiologia, Doenças Raras e Humanidades Médicas do CFM.

Professor convidado da disciplina de História da Medicina da UFMG. Eleito Correspondente Nacional da Academia Nacional de Medicina.

EDITORA
ArtNer



Colaboradores institucionais



**CONFLITOS ÉTICOS E
DEONTOLOGIA MÉDICA**

ORGANIZADORES: Déborah Pimentel • Joshua Souza Fontes Santos
Marcelle de Farias Argolo • Sheila de Carvalho Santos • Victor Barreto Santos



CONFLITOS ÉTICOS E DEONTOLOGIA MÉDICA

ORGANIZADORES

Déborah Pimentel

Joshua Souza Fontes Santos

Marcelle de Farias Argolo

Sheila de Carvalho Santos

Victor Barreto Santos



DÉBORAH PIMENTEL

A idealizadora e coordenadora dos trabalhos que culminaram nesta obra, é escritora, médica e psicanalista, fundadora e Presidente do Círculo Psicanalítico de Sergipe, foi Presidente do Círculo Brasileiro de Psicanálise e vice-presidente em duas gestões. É filiada a *International Federation of Psychoanalytic Societies*.

Membro da Sociedade Brasileira dos Médicos Escritores - Regional Sergipe; imortal da Academia Sergipana de Medicina da qual foi presidente por duas gestões consecutivas e é membro fundadora da Academia Sergipana de Educação.

Professora do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe nas disciplinas: Ética, Bioética e Habilidades de Comunicação; Medicina Legal, Deontologia e Perícia Médica.

É mestre e doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe. Autora de sete livros, organizadora de mais seis obras e convidada de 15 capítulos de livros. Tem dois prefácios de livros biográficos, dezenas de artigos em periódicos científicos e mais de uma centena de textos em revistas e jornais.

CONFLITOS ÉTICOS E DEONTOLOGIA MÉDICA



© Copyright 2023 by Déborah Pimentel

Todos os direitos desta edição reservados ao autor. Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, com finalidade de comercialização ou aproveitamento de lucro ou vantagens, com observância da Lei de regência. Poderá ser reproduzido texto, entre aspas, desde que haja clara menção do nome do autor, título da obra, edição e paginação. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Diagramação e capa

Joselito Miranda

Impressão

Graf Marques

Revisão

Éverton Santos

Imagem da capa e fotos

Pexel.com

Printed in Brazil / Impresso no Brasil

Pimentel, Déborah (org.) [Et al].

P644c Conflitos éticos e deontologia médica. / Déborah Pimentel (Org.) [Et al].

- Aracaju: ArtNer, 2023.

412p.: il.

ISBN: 978-85-69567-94-3

1. Medicina-Bioética

2. Conduta Médica

3. Saúde Mental

I – Título

CDU: 61 (813.7)

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária: Jane Guimarães Vasconcelos Santos CRB-5/975

EDITORA ARTNER

Tel.: (79) 99131-7653 · editoraartner@gmail.com · www.artner.com.br

ORGANIZADORES
Déborah Pimentel
Joshua Souza Fontes Santos
Marcelle de Farias Argolo
Sheila de Carvalho Santos
Victor Barreto Santos

CONFLITOS ÉTICOS E DEONTOLOGIA MÉDICA

Aracaju-SE



2023



Colaboradores desta obra

Adrielle de Farias Argolo
Ana Cristina Ferreira Abud
Ana Flávia Silveira de Souza
Anderson Pina Santos
André Luiz Gois de Oliveira
Andreza Oliveira Matos
Arthur Campos do Nascimento
Bianca Holz Vieira
Bruna Jijyon Familia Lourenço
Bruno Fernandes de Oliveira Santos
Byanka Porto Fraga
Carlos Eurico da Luz Pereira
Clarissa Marques França
Déborah Pimentel
Diogo Costa Garção
Douglas Silva Rosendo Santos
Esther Alves Régis dos Santos
Fabricio Dias Antunes
Fellipe Matos Melo Campos
Fernando Augusto de Figueiredo
Gabriela Massaro Carneiro Monteiro
Gabriela Nabuco Melo Franco
Gilberto Bezerra Ribeiro
Gislaine do Nascimento Santos
Helena Pinho de Sá
Henrique Batista
Hermílio Carvalho Júnior
Hilton Vicente Porto Ribeiro
Isadora Pinheiro Urquieta
Izabella Oliveira Costa
Jéssica dos Santos Cabral Melo
João Pedro Nascimento de Abreu Oliveira
Jorge Carvalho do Nascimento
Jonas Leomarques dos Santos
Jorge Dornellys da Silva Lapa
Joshua Souza Fontes Santos
Larissa Farias Galvão
Layla Raíssa Dantas Souza
Lúcia Yasmim Santos Feitosa

Luiz Guilherme de Jesus Araújo Santos
Marcela Carvalho
Marcelle de Farias Argolo
Maria Alcione de Jesus Araújo
Maria Dilza Feitosa Pinto Ferreira
Maria Helena Prado de Mello Jorge
Maria Heliziane dos Santos
Marivânia dos Santos
Mirella Augusta Bispo Siqueira de Jesus
Nathalie Oliveira de Santana
Nivaldo Farias Vieira
Oswaldo Alves de Menezes Neto
Paulo César de Andrade Gomes
Priscila Soares Pereira
Rafael de Carvalho Santos
Rafaela Barreto Moura
Raisa de Oliveira Pereira
Raissa Soares Pereira
Rebeca Meneses Santos
Renata Sousa de Santana Silva
Ricardo Scandian de Melo
Ricardo Scher
Rivia Siqueira Amorim
Roberto Queiroz Gurgel
Rondinelly Fernandes Damasceno
Sabrina Maria R. J. Costa
Salvyana Carla Palmeira Sarmento Silva
Sarah Cristina Fontes Vieira
Sheila de Carvalho Santos
Sônia Oliveira Lima
Taffines Rumenic Teodoro Machado
Thauany Santos Barreto
Vera Lúcia Corrêa Feitosa
Vera Maria Silveira de Azevedo
Victor Barreto Santos
Victor Bruno Andrade das Graças
Victoria Cavalcanti de Souza
Vittor Sérgio Santos de Quintela
Wesley José Ferreira Santos
Yuri Lobão Barbosa

*Faço minhas as palavras de Cora Coralina para dedicar
este livro aos meus alunos, fonte de inspiração e
motivação, regada e plena de muito aprendizado:*

"Feliz aquele que transfere o que sabe
e aprende o que ensina."

Déborah Pimentel

Colaboradores desta obra



Sumário

Apresentação	15
<i>Déborah Pimentel</i>	
Prólogo	17
<i>Jorge Carvalho do Nascimento</i>	
Prefácio	19
<i>Roberto Queiroz Gurgel</i>	
Relevância da bioética e seus princípios no âmbito profissional	21
Sheila de Carvalho Santos Raísa de Oliveira Pereira	
Teologia e bioética: congruências e divergências	29
Sheila de Carvalho Santos Arthur Campos do Nascimento Anderson Pina Santos	
Bioética e Reprodução Assistida	33
Sheila de Carvalho Santos Sabrina Maria R. J. Costa	
Conflitos de interesse em pesquisas envolvendo seres humanos	40
Gislaine do Nascimento Santos Marcelle de Farias Argolo Sarah Cristina Fontes Vieira Diogo Costa Garção	
Uso de animais em pesquisas	55
Gislaine do Nascimento Santos Vera Lúcia Corrêa Feitosa	
Células-tronco embrionárias para fins terapêuticos: potencialidades, desafios e perspectivas	63
André Luiz Gois de Oliveira Rebeca Meneses Santos Ricardo Scher	
Diagnóstico genético pré-implantacional	74
Rondinely Fernandes Damasceno Victor Bruno Andrade das Graças Paulo César de Andrade Gomes	

A habilidade de comunicação na pediatria	80
Izabella Oliveira Costa	
Osvaldo Alves de Menezes Neto	
Habilidades de comunicação e senilidade	87
João Pedro Nascimento de Abreu Oliveira	
Rivia Siqueira Amorim	
Violência obstétrica: desrespeito à integridade feminina	93
Vittor Sérgio Santos de Quintela	
Marivânia dos Santos	
Responsabilidade legal do cirurgião	101
Arthur Campos do Nascimento	
Luiz Guilherme de Jesus Araújo Santos	
Vittor Sérgio Santos de Quintela	
Hilton Vicente Porto Ribeiro	
Ética na emergência e no trauma	111
Luiz Guilherme de Jesus Araújo Santos	
Maria Alcione de Jesus Araújo	
Cirurgia: muito além do bisturi	118
Joshua Souza Fontes Souza	
Sônia Oliveira Lima	
Internação involuntária na psiquiatria	126
Rafael de Carvalho Santos	
Helena Pinho de Sá	
Erro médico: uma discussão sobre a responsabilização na prática da medicina	136
André Luiz Gois de Oliveira	
Fabricio Dias Antunes	
Debate sobre o aborto e a sacralidade da vida humana	145
Rebeca Meneses Santos	
Andreza Oliveira Matos	
Aborto e responsabilidade médica	155
Thauany Santos Barreto	
Renata Sousa de Santana Silva	
Barriga de aluguel x barriga solidária	159
Byanka Porto Fraga	
Diogo Costa Garção	
Sabrina Maria R. J. Costa	

Recusa de tratamento e alta a pedido	166
Wesley José Ferreira Santos	
Gilberto Bezerra Ribeiro	
Testamento vital e Testemunhas de Jeová	180
Mirella Augusta Bispo Siqueira de Jesus	
Hermílio Carvalho Júnior	
Fernando Augusto de Figueiredo	
Direitos do paciente e seus principais conflitos da atualidade	187
Douglas Silva Rosendo Santos	
Clarissa Marques França	
Atestados, laudos e relatórios	195
Victoria Cavalcanti de Souza	
Sônia Oliveira Lima	
Comunicação de más notícias e o protocolo SPIKES	201
Bruna Jijyon Familia Lourenço	
Gislaine do Nascimento Santos	
Thauany Santos Barreto	
Fellipe Matos Melo Campos	
Publicidade médica: regulamentações e principais dúvidas	209
Marcelle de Farias Argolo	
Adrielle de Farias Argolo	
O médico estrangeiro e o Programa Mais Médicos	219
Bruna Jijyon Familia Lourenço	
Hilton Vicente Porto Ribeiro	
Adolescência e sigilo médico	227
Esther Alves Régis dos Santos	
Jéssica dos Santos Cabral Melo	
Sigilo médico e a relação médico-paciente	235
Layla Raíssa Dantas Souza	
Nathalie Oliveira de Santana	
A importância da habilidade de comunicação do médico com pacientes surdos	243
Lúcia Yasmim Santos Feitosa	
Thauany Santos Barreto	
Marcela Carvalho	
Saúde mental e a formação médica	249
Victor Barreto Santos	
Gabriela Nabuco Melo Franco	

Burnout na residência médica	256
Bianca Holz Vieira	
Layla Raíssa Dantas Souza	
Victor Barreto Santos	
Gabriela Massaro Carneiro Monteiro	
Síndrome de Burnout nos profissionais médicos em tempos de Covid-19	265
Luiz Guilherme de Jesus Araújo Santos	
Vittor Sérgio Santos de Quintela	
Fellipe Matos Melo Campos	
A conduta médica no Sistema Único de Saúde	272
Victor Barreto Santos	
Táffines Rumenic Teodoro Machado	
Ana Flávia Silveira de Souza	
Salvyana Carla Palmeira Sarmento Silva	
Relações interprofissionais no cuidado multidisciplinar em saúde	281
Victor Barreto Santos	
Lúcia Yasmim Santos Feitosa	
Ana Cristina Freire Abud	
Ética em perícias médicas e o sistema de aposentadoria do Brasil	288
Rebeca Meneses Santos	
André Luiz Gois de Oliveira	
Gilberto Bezerra Ribeiro	
Como calcular o valor da consulta médica?	296
Mirella Augusta Bispo Siqueira de Jesus	
Carlos Eurico da Luz Pereira	
Exercício da medicina e o Código de Defesa do Consumidor	303
Isadora Pinheiro Urquieta	
Yuri Lobão Barbosa	
A judicialização da medicina	310
Isadora Pinheiro Urquieta	
Yuri Lobão Barbosa	
Direito médico e seus principais conflitos	317
Rafaela Barreto Moura	
Clarissa Marques França	
Medicina entre telas: o novo atendimento pós-Covid-19	325
Larissa Farias Galvão	
Maria Dilza Feitosa Pinto Ferreira	

Os impactos das artes visuais em estudantes de Medicina, médicos e pacientes	333
Raissa Soares Pereira	
Priscila Soares Pereira	
O médico em face da morte	341
Bruna Jijyon Familia Lourenço	
Rívia Siqueira Amorim	
Aspectos legais da declaração de óbito	347
Izabella Oliveira Costa	
Maria Helena Prado de Mello Jorge	
Morte encefálica e o protocolo de doação de órgãos.....	358
Marcelle de Farias Argolo	
Joshua Souza Fontes Santos	
Bruno Fernandes de Oliveira Santos	
Jorge Dornellys da Silva Lapa	
Ética na cirurgia paliativa	370
Lúcia Yasmim Santos Feitosa	
Jonas Leomarques dos Santos	
Ortotanásia e cuidados paliativos: o dever de cuidar até o fim.....	378
Victor Bruno Andrade das Graças	
João Pedro Nascimento de Abreu Oliveira	
Nivaldo Farias Vieira	
Distanásia, eutanásia e mistanásia: um debate do século XXI	385
Victor Bruno Andrade das Graças	
João Pedro Nascimento de Abreu Oliveira	
Nivaldo Farias Vieira	
Suspensão de nutrição e hidratação artificiais	394
Maria Heliziane dos Santos	
Esther Alves Régis dos Santos	
Vera Maria Silveira de Azevedo	
Suicídio assistido e a morte no século XXI	403
Arthur Campos do Nascimento	
Vera Maria Silveira de Azevedo	
Posfácio.....	409
<i>Ricardo Scandian de Melo</i>	



Apresentação

É com muita satisfação que apresento aos leitores, colegas e amigos mais uma obra coletiva, com meus diletos alunos e especialistas convidados, na qual tratamos juntos, em 48 capítulos, de questões que envolvem a bioética e a ética médica.

Ensinar é uma das minhas múltiplas tarefas profissionais e sem dúvida a mais aprazível. Minha satisfação em dividir o pouco que sei com os estudantes de Medicina me enche de alegria e vê-los crescer me deixa orgulhosa e honrada por perceber em alguns as marcas e inscrições que deixo neles, futuros profissionais, nos quais deposito as minhas maiores esperanças de uma prática médica elegante e essencialmente humanizada.

Para uma medicina humanizada, não basta o profissional ser detentor de conhecimento técnico, se fazem necessárias outras ferramentas; entre elas, destacam-se as boas habilidades de comunicação na relação médico-paciente e o conhecimento dos limites éticos que são preponderantes para estabelecer a garantia dos direitos dos nossos pacientes.

Não podemos esquecer que o maior número de denúncias contra médicos passa pelo mau relacionamento entre pares, e com os pacientes e/ou os seus representantes. Muito há que se aprender, respeitar, policiar e agir com retidão dentro dos cânones e princípios básicos da bioética: autonomia, beneficência/não maleficência e justiça. É exatamente nesses pontos que residem a relevância e a contribuição que esta obra oferece aos alunos em formação, residentes e profissionais, nas suas trajetórias, com profícuas e pertinentes reflexões.

Este trabalho foi idealizado em 2018, mas só em meados de 2019 começamos a nos organizar. Enfrentamos a pandemia e não esmorecemos, nos mantivemos motivados, pesquisando e escrevendo, e só agora, em 2023, conseguimos dar forma ao nosso sonho.

Agradeço aos alunos de diversos períodos do curso pela tenacidade, pela perseverança e pelo esforço empreendidos para a consecução do trabalho que ora apresentamos.

Em especial o meu agradecimento aos coorganizadores desta obra, com os quais nos reunimos semanalmente: Joshua Souza Fontes Santos, Marcelle de Farias Argolo, Sheila de Carvalho Santos e Victor Barreto Santos.

Para dar brilho a esta obra, os alunos responsáveis pelos capítulos convidaram profissionais de grande destaque na academia e na sociedade. No total, são 79 colaboradores, incluindo os estudantes, que emprestaram energia, prestígio e bom nome para viabilizarmos a presente obra, que conta com comentários que enriqueceram sobremaneira o nosso trabalho. A todos eles, expresso minha gratidão por suas valiosas contribuições.

Por fim, ratifico que a minha maior missão, e, por conseguinte, a deste livro também, é alertar o mundo acadêmico (alunos e professores) acerca da importância de um ensino qualificado e com um preparo ético adequado dos estudantes, de sorte que os temas ética e bioética passem todas as disciplinas da formação médica e não apenas aquelas pelas quais sou responsável, quais sejam: Ética, Médica e Habilidades de Comunicação; Medicina Legal, Deontologia e Perícia Médica.

Parabéns, queridos alunos. Vocês se superaram. Estou muito orgulhosa desta produção coletiva que faz brilhar no firmamento a luz da esperança de práticas médicas cada vez mais humanizadas.

Boa leitura a todos.

Profa. Dra. Déborah Pimentel

Escritora e psicanalista.

*Membro das Academias Sergipanas de Medicina e de Educação
e da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores.*

Presidente do Círculo Brasileiro de Psicanálise (2008-2010).

Fundadora e presidente do Círculo Psicanalítico de Sergipe.

*Professora do Departamento de Medicina da Universidade
Federal de Sergipe.*

Avó de Adam e Louise.

Prólogo

O estímulo dos primeiros passos

A atividade docente tem marcado a carreira da médica e psicanalista Déborah Pimentel desde a sua colação de grau. Dedicada à pesquisa científica e a docência, Deborah tem sabido estimular as novas gerações de pesquisadores que estão atuando nos cursos de graduação e, também, nos cursos de mestrado e doutorado oferecidos pela Universidade Federal de Sergipe e por outras instituições de ensino superior brasileiras.

O trabalho de atração de novos quadros para a pesquisa científica é essencial, a fim de que a massa crítica em produção alimente o fascínio dos jovens intelectuais da área de saúde pela descoberta de um mundo diferente que é o da produção de conhecimento.

No seu mister, a Profa. Dra. Déborah Pimentel tem sabido fazer o recrutamento de novos quadros acadêmicos e, mais do que isto, mostrar-lhes que toda contribuição resultante da pesquisa científica só faz sentido quando se coloca o resultado em circulação.

Desta maneira, é rotina na atividade da orientadora Déborah descortinar aquilo que vem sendo criado pelos integrantes do seu grupo de pesquisas e, periodicamente, reunir tais trabalhos em obras coletivas, publicando-os em livros que criam as primeiras oportunidades para que jovens pesquisadores saboreiem, por primeira vez, a oportunidade de ter o seu nome e as suas ideias impressos em papel e tinta e, também, publicados virtualmente pela rede mundial de computadores.

Para alguns, isto pode parecer muito pouco. Contudo, é o primeiro passo que estimula os novos talentos, uma espécie de sementeira de pesquisadores. Se não fora por nenhuma outra contribuição (e o acervo de contribuições da pesquisadora Déborah Pimentel é ilimitado), somente este beneditino trabalho que Deborah realiza já teria feito valer a pena a sua carreira de docente e pesquisadora.

Membro da Academia Sergipana de Educação, dentre outras instituições culturais e científicas das quais a professora Déborah faz parte, para todos nós, seus pares, nos dá muito orgulho saber que a sociedade brasileira pode continuar a receber este tipo de contribuição. Com muita alegria, parabenizamos Déborah Pimentel e nos enchemos de esperança na continuidade deste seu mister.

Jorge Carvalho do Nascimento

Presidente da Academia Sergipana de Educação

Prefácio

Tomado de surpresa, fui convidado para redigir o prefácio do livro *Conflitos Éticos e Deontologia Médica* e procurei me inteirar sobre o que se proporia entregar. Que grata satisfação!

Não poderia ser diferente. Conheço a professora Dra. Déborah Pimentel de longa data e acompanho a sua luta em proporcionar o debate e oferecer luz a temas sensíveis e atuais da prática médica na sua jornada visando o engrandecimento da Medicina e na garantia do bom exercício profissional aos que dele necessitem.

Ao mesmo tempo, trazer ao debate professores e alunos do curso de Medicina, instigando-os para a discussão das transformações que estão acontecendo na sociedade e que modificarão o exercício profissional do médico de maneira brutal nos próximos anos, é de uma sensibilidade ímpar.

Os 54 capítulos elencados englobam todos os grandes temas relacionados à ética médica, à interação da medicina com a sociedade e seus direitos, aos limites da exposição do médico nas redes sociais, aos riscos na saúde física e mental da prática médica e até, por vezes esquecidos, tópicos ligados à minha prática como cirurgião e oncologista.

Obrigado, Déborah e Sheila (formanda em Medicina, afilhada querida e uma das organizadoras da obra), pela honra de me fazer presente neste momento e de estar prefaciando esta joia rara de livro.

Sem dúvida, este livro é uma leitura obrigatória para todo jovem médico!

Dr. Roberto Queiroz Gurgel

Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgias.

Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica.

Professor de Cirurgia da Unit.

Preceptor de Residência Cirúrgica do Huse e da FBHC.

Chefe do Serviço de Cirurgia Oncológica do Unacon/FBHC.

Mestre do Capítulo do CBC-SE.

Presidente da SBCO-SE.

Ex-Presidente da Sociedade Médica de Sergipe.

Ex-Diretor de Defesa Profissional da AMB.

Ex-Diretor do Hospital João Alves.

Ex-Diretor da Fundação Parreiras Horta.

Sócio da Clínica OncoHematos.

Médico concursado da SES.

Casado com Virgínia, pai de Thaís, Roberto, Sylvia e avô de Catarina.

Relevância da bioética e seus princípios no âmbito profissional

Sheila de Carvalho Santos¹

Raisa de Oliveira Pereira²

As relações interpessoais sempre exigiram um nível de colaboração entre as necessidades dos próprios indivíduos e aquelas correspondentes ao modo de organização da sociedade na qual estão inseridos, a fim de que a harmonia social pudesse ser garantida. Tais interações tornam-se mais complexas a cada dia e se fazem necessárias nos mais diversos âmbitos da sociedade, como no meio trabalhista, no ensejo familiar, entre outros. Nesse contexto, o desenvolvimento da bioética, na segunda metade do século XX, se encarrega de definir uma série de princípios que norteiam de forma mais objetiva e sistematizada o comportamento dos indivíduos, principalmente nas ações de intervenção do homem sobre a vida. A conduta responsável promovida pela bioética ajuda na manutenção dos valores morais no âmbito social (COSTA *et al.*, 2010).

A perda ou a ausência da percepção ética na vivência humana já se revelou grave, afinal desencadeou guerras, atentados e genocídios que mancharam a história do mundo. Mesmo em situações de menor amplitude, os danos causados à harmonia da sociedade são, muitas vezes, irreparáveis. Cada um dos preceitos que edificam o âmbito ético contribui para a manutenção das relações entre pessoas com características particulares e individuais (GRECO; WELSH, 2016).

1 Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

2 Médica pela Universidade Federal de Sergipe – UFS. Ginecologista e obstetra pelo Instituto de Medicina Professor Fernando Figueira – IMIP-Recife, especializada em reprodução assistida pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Pós-graduada em Ginecologia Endócrina pelo Hospital Sírio-Libanês.

Segundo o sociólogo francês Émile Durkheim, os seres são interligados por vínculos sociais, e é a convivência que fomenta a prática das normas morais e éticas. Para ele, que é considerado o pai da sociologia moderna, o homem necessita associar continuamente seus desejos aos da sociedade, participando da coletividade, sendo útil e consciente do seu dever enquanto cidadão para manter a harmonia e promover a equidade. São notórias, assim, a confluência entre as ponderações de Durkheim e a bioética e, por consequência, a influência da filosofia na definição dos princípios que norteiam a aplicabilidade das teorias voltadas à ética (PAUGAM, 2017).

Diante de tal perspectiva, percebe-se que o homem não está alheio às regras tanto na vivência individual quanto no campo do trabalho, o qual é permeado de normas comportamentais pensadas e firmemente definidas com o intuito de possibilitar o melhor exercício do ofício desempenhado (PAUGAM, 2017).

Cabe destacar, também, a relevância da prática bioética no âmbito governamental, a qual possui a capacidade de fomentar e embasar políticas públicas voltadas à promoção da saúde de qualidade e acessível a todos. É importante citar que os preceitos morais não devem somente preservar direitos e definir deveres correspondentes às pessoas de maneira singular, mas também necessitam reunir e abarcar toda a sociedade, pois em algum nível o mundo está interligado, principalmente depois do fenômeno da globalização (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2006). Inclusive, segundo Barchifontaine e Trindade (2019), a bioética transcende a perspectiva individual, afinal as normas incluem obrigações e vínculos de responsabilidade com o outro, fomentando a solidariedade em um mundo influenciado por ideologias egoístas e estimuladoras da desigualdade social. Cabe notar então que o estímulo à integração da bioética no cotidiano dos seres possibilita o desfrute do direito à saúde de qualidade e a outras prerrogativas que, em conjunto, facilitam o dia a dia.

É válido salientar que discussões bioéticas são abrangentes e não se resumem a temáticas consideradas polêmicas pela sociedade, como aborto e eutanásia, mas também incluem deliberações sobre condutas dos profissionais da saúde, descobertas biomédicas, leis voltadas ao manejo de outras vidas em pesquisas e reflexões sobre as atitudes humanas de maneira geral. A bioética é sustentada em quatro princípios:

beneficência, não maleficência, autonomia e justiça ou equidade, abrangendo uma gama de discussões em áreas diversas e contribuindo notoriamente para a medicina, por exemplo no que tange à atuação satisfatória dos especialistas, ao desenvolvimento de tratamentos e ao respeito à vida de maneira geral (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005).

Especificando a discussão, os profissionais da área da saúde, principalmente médicos, necessitam ter práticas respaldadas no Código de Ética, que embasa o desempenho desse ofício, para evitar malefícios e até retaliações legais. Por se tratar de um trabalho voltado ao cuidado com outras vidas, qualquer erro pode causar uma consequência irremediável, inclusive fatal, o que torna ainda mais necessária a observância da bioética, principalmente os dois princípios com perspectivas deontológicas, os quais são a beneficência e a não maleficência, que possuem uma aplicabilidade relevante no ofício da medicina, pois ambos discutem a necessidade de se fazer o bem, evitando incisivamente o mal, e de não infringir danos a outrem durante o exercício da profissão, bem como fora do ambiente de trabalho (NEVES JÚNIOR; ARAÚJO; REGO, 2016).

De acordo com Koerich, Machado e Costa (2005), todos os responsáveis por cuidar da vitalidade dos indivíduos possuem a obrigação ética de amplificar os benefícios e reduzir ao máximo os malefícios. Além disso, a ação de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas... não deve provocar o mal e precisa prezar pela autonomia do ser em relação aos modos de cuidado, sempre buscando a justiça dos atos. Tais fundamentos constituem uma base para evitar o desgaste nas relações e tornar mais eficaz o trabalho dos profissionais da saúde.

Entretanto, a medicina contemporânea é a área que mais tem se tornado mecanicista, e as faculdades estão se assemelhando às fábricas que usavam o modelo fordista de produção, o qual só montava carros iguais e em série. Os indivíduos se formam conhecedores do Código de Ética Médica, mecanizados e robotizados, entretanto não colocam em prática inúmeros princípios relevantes para o bom exercício da profissão. O resultado é uma gama de pacientes insatisfeitos com o tratamento que recebem e médicos cada vez menos humanizados (NEVES JÚNIOR; ARAÚJO; REGO, 2016). Segundo Alves *et al.* (2009), o desenvolvimento tecnológico e a deficiência no ensino humanizado são os responsáveis por alterar o perfil de atuação do médico, tornando-o mais especialista,

porém fragilizando a relação com os pacientes devido à supervalorização da enfermidade em detrimento das particularidades de cada pessoa.

A formação médica baseada somente nos conhecimentos técnicos mostra-se incipiente e insatisfatória, sendo necessário investir em ensinamentos voltados para a escuta, o diálogo, a valorização da vontade do paciente e a prática dos preceitos bioéticos tão discutidos no meio acadêmico. Nesse contexto, a humanização, um dos pilares da ética médica, faz-se imprescindível para se alcançar resultados profissionais satisfatórios, obtendo sucesso para si mesmo e proporcionando a recuperação do desejo e do prazer de cuidar, extrapolando o tecnicismo da medicina moderna (RIOS, 2007).

Outro problema enfrentado pela medicina, além da impessoalidade do atendimento médico, é a influência dos meios de comunicação de massa e da internet. Profissionais que não respeitam os limites éticos do ofício são constantemente exibidos como maus exemplos e possuem retaliação pessoal muito mais abrangente que a empregatícia, ou seja, as consequências da não observância das normas transcendem o aspecto jurídico, pois todos estão sujeitos a serem expostos pelas redes (MARTORELL; NASCIMENTO; GARRAFA, 2015).

A preocupação na satisfação dos princípios da bioética não deve se restringir aos efeitos negativos que o descumprimento pode provocar. Para que a vivência se torne menos árdua e estressante, as pessoas devem ser ensinadas, desde a mais tenra idade, a observar que a ética deve fazer parte do dia a dia, de maneira natural e não forçada. Desse modo, os indivíduos crescerão cientes do seu papel na harmonia social e se tornarão profissionais vigilantes das próprias atitudes, pois perceberão que a bioética não se volta somente à normatização presente nas leis ou no código de ética profissional, mas se estende à consideração do ser como cidadão, enfatizando que a “essência da bioética é a liberdade, porém com compromisso e responsabilidade” (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005, p. 2).

Um empecilho à prática natural dos preceitos bioéticos no cotidiano é a restrição das discussões às universidades e organizações da área da saúde e pesquisa. Sabe-se que a expansão dessas deliberações é complicada e exige um esforço da coletividade a fim de que mais pessoas possam se tornar cientes do poder que o entendimento bioético

tem para transformar a coletividade mais justa e em sintonia (RAMOS *et al.*, 2019).

Portanto, normas de conduta que conservem o bem-estar da sociedade já se mostraram extremamente indispensáveis, principalmente no campo da saúde. Diante de tal perspectiva, foram anexadas regras deontológicas no Código de Ética Médica, no capítulo correspondente aos Direitos Humanos, reforçando a obrigatoriedade do médico em esclarecer as suas atitudes e buscar o consentimento do paciente, sempre realizando condutas examinadas à luz dos valores e princípios morais. Desse modo, o preceito bioético da não maleficência será conservado e haverá um estreitamento entre o médico e o enfermo, afastando-se do costume contemporâneo de relações voláteis e momentâneas, baseadas somente no capital e no interesse particular. É importante, também, estimular ainda mais as discussões sobre essa temática a fim de aumentar a aplicabilidade dos princípios e a conservação da harmonia social (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Comentário da especialista²

Diante da necessidade de equilibrar ciência e valores humanos, em 1970, no artigo do oncologista Van Rensselaer Potter, da Winsconsin University, foi criada a palavra bioética, e, na tentativa de superar os dilemas na área da saúde, mais tarde, em 1979, foi criado o Modelo Principialista, composto de quatro princípios fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (POTTER, 1971).

A Ginecologia e Obstetrícia cuida de fases significativas da vida (sexualidade, desenvolvimento intrauterino, nascimento, pós-parto, senilidade), e não é difícil prever o quanto essa especialidade enfrenta dilemas éticos na tentativa de respeitar todos os princípios. Os dilemas vão desde as necessidades básicas de Saúde Pública e Direitos Humanos até as mais complexas consequências do aprimoramento técnico, como a reprodução humana. Dentre eles, podemos citar: contracepção, abortamento legal, técnicas de reprodução assistida e o avanço das mídias sociais em detrimento dos princípios éticos.

A adolescente, quando identificada como capaz de avaliar seu problema e de se conduzir por seus próprios meios para solucioná-lo, tem o

direito de fazer opções sobre procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou profiláticos, garantindo-se a confidencialidade e a execução deles. Em contrapartida, a justiça certifica que relação sexual com meninas abaixo de 14 anos, na Lei Federal nº 12.015/09 (BRASIL, 2009), é estupro de vulnerável. Então, como respeitar a autonomia dessa paciente que pede por contracepção se, por lei, ela está sofrendo estupro?

O abortamento legal, explicitado no artigo 128 do Código Penal em 1940 (BRASIL, 1940), garante o direito de autonomia e beneficência materna em gestação após violência sexual, em gestação que põe em risco à vida materna e, em 2012, também permitindo quando o feto é anencéfalo. O dilema ético da sociedade é dado na dúvida entre garantir a autonomia materna, mas não a autonomia do feto. Onde se posicionar?

As técnicas de reprodução assistida são procedimentos recentes. O primeiro caso de bebê nascido foi na Inglaterra em 1978, e cerca de oito milhões nasceram após esse marco. Portanto, esses poucos 44 anos geraram muitas discussões e reflexões (MOURA; SOUZA; SCHEFFER, 2009). Um dos pontos em pauta é a quantidade de embriões formados no laboratório, com a Resolução CFM nº 2.294, de 27 de maio de 2021, permitindo apenas a fertilização de oito embriões, perguntando-nos: e a autonomia de escolha da paciente? Outro ponto polêmico trata-se da biópsia embrionária realizada para a seleção de embriões euploides, perguntando-nos: é ético selecionar um embrião sem síndrome de Down, por exemplo? E, quando os pais autorizam o descarte de embriões, levanta-se a questão: onde começa a vida?

No quesito da revolução digital, também conhecida como a quarta Revolução Industrial, há várias plataformas de mídias com incríveis possibilidades e facilidade de utilização para divulgar conhecimentos e fazer publicidade. De maneira geral, essa é uma área de tensão em que os profissionais da área médica se veem envolvidos, tendo, de um lado, a divulgação de conhecimento e liberdade de expressão que não admite censura prévia e, de outro, os preceitos éticos que norteiam a profissão em relação aos pacientes, como o direito à privacidade, à confidencialidade e à tutela da dignidade humana.

Diante de tantos dilemas, temos ainda mais certeza do quanto a bioética é importante e necessária para, imparcialmente, guiar a relação médico-paciente visando o equilíbrio dos princípios em ambas as

partes. Ela vai auxiliar a garantir o bem-estar do paciente, o respeito à autonomia e a aplicação da justiça social.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. N. O. *et al.* A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de medicina da UFRN - Natal - RN - Brasil. **Rev. bras. educ. med.**, [S. l.], v. 33, n. 4, p. 555-561, dez. 2009. DOI: 10.1590/S0100-55022009000400006.

BARCHFONTEINE, C. D. P. D.; TRINDADE, M. A. Bioética, saúde e realidade brasileira. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 27, n. 3, p. 439-445, set. 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019273327.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 19 fev. 2022.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. **Altera o Título VI da Parte Especial do Código Penal e o art. 1º da Lei nº 8.072/90, que dispõe sobre os crimes hediondos, e revoga a Lei nº 2.252/54, que trata de corrupção de menores**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm. Acesso em: 19 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 22 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 19 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.294, de 27 de maio de 2021. **Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida**. Brasília, DF: 2021. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2021/2294_2021.pdf. Acesso em: 20 fev. 2022.

COSTA, S. D. M. *et al.* Implicações bioéticas na relação profissional de saúde e usuários: estudo junto aos acadêmicos dos cursos de saúde na Unimontes. **Rev@donto**, Recife, p. 1-4, 2 jun. 2010. Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/pdf/occ/v9n3/a16v9n3.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2022.

GRECO, D.; WELSH, J. Direitos humanos, ética e prática médica. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 443-451, dez. 2016. DOI: 10.1590/1983-80422016243143.

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto & Contexto – Enfermagem**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 106-110, mar. 2005. DOI: 10.1590/s0104-07072005000100014.

MARTORELL, L. B.; NASCIMENTO, W. F. D.; GARRAFA, V. Redes sociais, privacidade, confidencialidade e ética: a exposição de imagens de pacientes no

Facebook. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 20, n. 56, p. 13-23, nov. 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0902.

MOURA, M. D.; SOUZA, M. C. B.; SCHEFFER, B. B. Reprodução assistida: um pouco de história. **Revista da SBPH**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 23-42, dez. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo>. Acesso em: 9 jan. 2022.

NEVES JÚNIOR, W. A. D.; ARAÚJO, L. Z. S. D.; REGO, S. Ensino de bioética nas faculdades de medicina no Brasil. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 98-107, abr. 2016. DOI: 10.1590/1983-80422016241111.

PAUGAM, S. Durkheim e o vínculo aos grupos: uma teoria social inacabada. **Sociologias**, [S. l.], v. 19, n. 44, 2017. DOI: 10.1590/15174522-019004405.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. D. P. **Bioética e Longevidade Humana**. São Paulo: Loyola, 2006. 560 p.

POTTER, V. R. Bioethics, the Science of Survival. **Perspectives in Biology and Medicine**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 127-153, 1970. DOI: 10.1353/pbm.1970.0015.

POTTER, V. **Bioethics**: bridge to the future. [S. l.]: Prentice Hall, 1971. 205 p.

RAMOS, F. R. S. *et al.* Desafios atuais da bioética brasileira. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 27, n. 3, p. 446-454, set. 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019273328.

RIOS, I. C. Ser e fazer diferente...: é possível provocar o desejo? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 11, n. 23, p. 628-630, dez. 2007. DOI: 10.1590/s1414-32832007000300017.

Teologia e bioética: congruências e divergências

Sheila de Carvalho Santos³

Arthur Campos do Nascimento³

Anderson Pina Santos⁴

Os filósofos contratualistas Jean Jacques Rousseau e John Locke abordaram nas suas discussões a natureza dos indivíduos. Entretanto, ambos apresentam uma divergência entre as ideias que consiste em Rousseau definir que o ser humano é naturalmente bom, mas o convívio em sociedade o corrompe e o faz querer sobrepor as próprias vontades à vontade da coletividade; já Locke afirma que os indivíduos são naturalmente maus e precisam da figura do Estado para controlar os instintos e harmonizar as populações (LOCKE, 1998; ROUSSEAU, 1999; CALDAS, 2018). Apesar da disparidade, os dois pensadores convergem no que tange à perspectiva de que as pessoas vivem melhor quando regidas por um conjunto de normas éticas e legais, situação ainda perceptível na atualidade. Diante de tal cenário, nota-se que, além do Estado, existem outras áreas igualmente relevantes e que também possuem a capacidade de contribuir para a harmonia social. A teologia e a bioética, por exemplo, possuem um espaço na formação dos cidadãos quanto ao estabelecimento de costumes, ideologias e padrões de comportamento.

Ambas as áreas mencionadas são responsáveis por definir princípios para alicerçar o jeito como os seres humanos se relacionam entre si, com a natureza à sua volta e a coletividade de modo geral. Apesar

3 Graduandos em Medicina na Universidade Federal de Sergipe – Campus São Cristóvão.

4 Filósofo pelo Seminário Maior Nossa Senhora da Conceição, biólogo pela Universidade Federal de Sergipe – UFS. Teólogo e mestre em Bioética pela Universidade Pontifícia Regina Apostolorum – UPRA, em Roma.

de terem objetos divergentes de conhecimento, fé e razão possuem um importante ponto em comum: embasar e construir o equilíbrio do convívio em sociedade e a garantia da dignidade da pessoa humana (CALDAS, 2018).

No princípio da bioética, os teólogos contribuíram significativamente para o seu surgimento, pois havia uma considerada experiência na discussão ética em questões do cotidiano nas quais a igreja estava inserida. Posteriormente, houve uma separação dos bioeticistas em relação aos teólogos, intensificando o pluralismo da reflexão bioética, que deixou de se restringir às questões relacionadas à religião (JUNGES, 2005).

Apesar da contribuição da teologia e da bioética, e da evidência da contribuição mútua entre os dois âmbitos, alguns entraves existem e necessitam ser discutidos a fim de melhorar a relação entre tais áreas e estabelecer um diálogo entre as perspectivas divergentes, entendendo o espaço que cada uma ocupa na coletividade. As religiões são diversas no Brasil, país caracterizado pela miscigenação cultural, e deveriam respeitar as crenças mutuamente, mas muitos ainda usam a fé para justificar preconceitos individuais e violências. O resultado de tal conjuntura vai de encontro tanto aos ensinamentos das próprias religiões como também aos princípios da bioética, afinal a autonomia na escolha do conjunto de crenças é individual e não deve sofrer julgamentos de terceiros (CAHILL, 1992).

Já a bioética, segundo Moser (1995), apresenta um excesso de incertezas quanto à aplicabilidade das suas concepções sobre autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, pois algumas circunstâncias sob as quais são aplicadas tais ideias podem colocar os seres em situação de vulnerabilidade, como no campo dos profissionais da área da saúde que lidam com pacientes graves. Há um excesso de subjetividade quanto à correta e coerente aplicação dos preceitos bioéticos, e, portanto, pessoas podem ser responsabilizadas por não seguir um dos quatro princípios fundamentais da bioética da maneira mais adequada, mesmo que o julgamento próprio acredite no contrário.

Sabe-se, também, que a teologia e a bioética entram em conflito sobre assuntos considerados polêmicos, como aborto, reprodução assistida e eutanásia, e nesses momentos a fé e a razão ainda não conseguiram

achar um denominador comum, analisando os prós e contras para emitir uma opinião formada sobre tais temáticas. Enquanto não há uma resolução definida, cabe seguir a sugestão do filósofo Habermas (2004) de cooperarmos, adotando também a perspectiva do outro. É importante evidenciar que as grandes tradições religiosas possuem enorme potencial humanitário e, portanto, não devem ser excluídas por consequência da sua subjetividade, assim como a bioética não pode ser menosprezada por seus princípios difíceis de serem aplicados. Cabe aos seres usufruir do conteúdo enriquecedor de ambas as áreas da maneira que lhes for mais conveniente, sem, entretanto, invadir o espaço de outrem e se voltar contra aqueles que possuem opiniões e condutas diferentes (TRASFERETTI, 2013).

Comentário do especialista⁴

Como bem salientado pelos autores, teologia e bioética são campos fundados para debater preceitos que regem as atitudes dos indivíduos em sociedade a fim de evitar conflitos. Apesar de nascidas de um propósito comum, atualmente divergem em muitas discussões.

É válido salientar que, de acordo com Lucas (2001), no livro *Antropologia e problemas bioéticos*, o direito à vida e à sua inviolabilidade absoluta desde o momento da concepção é o primeiro e o principal de cada homem, independentemente de sua crença religiosa ou de sua situação, ele o possui pelo fato mesmo de ser homem. Essa é uma das primeiras verdades sobre o homem. Nesse sentido, a igreja não tenta impor a ninguém o respeito à vida humana com base numa norma moral que nasce da fé em Deus. A refutação às violações contra a vida e a defesa dela têm seu fundamento na própria natureza humana.

Além disso, segundo Paollo II (1995), todos juntos devemos construir uma nova Cultura da Vida. Nova porque afronta e resolve os inéditos problemas que hoje cercam a vida do homem. Nova porque é feita própria com a mais firme e trabalhosa convicção da parte de todos os cristãos. Nova porque é capaz de suscitar um sério e corajoso confronto cultural com todos.

REFERÊNCIAS

- CAHILL, L. S. Theology and bioethics: should religious traditions have a public voice? **The Journal of Medicine and Philosophy**, Holanda, p. 263-272, jun. 1992. DOI: 10.1093/jmp/17.3.263.
- CALDAS, R. G. Thomas Hobbes, John Locke e Jean-Jacques Rousseau: Leviatã, Dois Tratados Sobre o Governo, O Contrato Social: uma síntese da visão de três autores clássicos do contratualismo. **Revista Jus Navigandi**, Brasília, DF, p. 1-9, 7 fev. 2018. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/63999/thomas-hobbes-john-locke-e-jean-jacques-rousseau-leviata-dois-tratados-sobre-o-governo-o-contrato-social>. Acesso em: 4 jan. 2022.
- HABERMAS, J. **O Futuro da Natureza Humana**. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2004. 160 p.
- JUNGES, J. R. **As Interfaces da Teologia com a Bioética**: perspectiva teológica. 37. ed. Belo Horizonte: O Vaticano II, 2005. 105 p.
- LOCKE, J. **Dois Tratados Sobre o Governo**. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 327 p. Tradução de Julio Fischer. Disponível em: <https://cejum.com.br/obras-classicas/dois-tratados-sobre-o-governo-martins-fontes.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2022.
- LUCAS, R. L. **Antropologia e problemi bioetici**. Itália: San Paolo Edizioni, 2001. 182 p.
- MOSER, A. A situação da decisão bioética. **Educar em Revista**, [S. l.], n. 11, p. 75-83, dez. 1995. DOI: 10.1590/0104-4060.143.
- PAOLLO II, G. **Evangelium Vitae**: valore e l'inviolabilita della vita umana. Milano: Libreria Editrice Vaticana, 1995. 93 p.
- ROUSSEAU, J. J. **O Contrato Social**. Tradução de Antonio de Pádua Danesi. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 112 p. Disponível em: <https://marcos-fabionuva.files.wordpress.com/2011/08/o-contrato-social.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2022.
- TRASFERETTI, J. A. Teologia moral, bioética e cultura da morte: desafios para a pastoral. **Revista Pistis Praxis**, Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR, v. 5, n. 1, p. 147, 24 out. 2013. DOI: 10.7213/revistapistispraxis.7678.

Bioética e Reprodução Assistida

Sheila de Carvalho Santos⁵

Sabrina Maria R. J. Costa⁶

A Reprodução Assistida – RA envolve um conjunto de técnicas para viabilizar a gestação quando há alguma dificuldade no processo natural. A concepção é um assunto amplamente discutido por vários âmbitos sociais, como a igreja, a legislação e os próprios indivíduos. Dentre outros, o aspecto religioso é um dos maiores entraves associados ao uso das técnicas de manipulação *in vitro* de óvulo, espermatozoides e embriões com o propósito de possibilitar a fecundação e o aprimoramento dos seus métodos, pois os costumes tradicionais condenam procedimentos que ocorrem tanto na fertilização *in vitro* quanto na inseminação artificial. Um dos questionamentos mais incisivos corresponde ao congelamento de embriões e o posterior destino daqueles que não forem transferidos, uma vez que se discute a possibilidade de tal prática configurar aborto, ação condenada pela igreja desde sua origem (LUNA, 2012).

A grande questão envolvida na inclusão da igreja na discussão sobre tal temática é o fato de que ela é responsável por parte da formação crítica e moral de inúmeras pessoas, influenciando nas decisões, nos costumes e na definição do que é considerado “certo” ou “errado”. Desse modo, vários casais se abstêm do desejo de ter um filho por receio de

5 Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – Campus São Cristóvão.

6 Biomédica formada em 2003 pela Uniararas (SP); especialista em Reprodução Humana Assistida pelo Hospital Pérola Byington (SP) e pelo Instituto Sapientiae (SP) em 2004; especialista em Reprodução Animal pela Faculdade Pio Décimo (SE) em 2007; mestre em Biotecnologia Industrial pela Universidade Tiradentes em 2013; doutora em Biotecnologia Industrial pela Universidade Tiradentes em 2019; delegada regional (SE) da Pronúcleo – Associação Brasileira de Embriologistas em Medicina Reprodutiva; professora universitária da Estácio de Sá (SE); embriologista sênior e coordenadora do laboratório de fertilização *in vitro* da Clínica Fertilità (SE).

recorrer a uma técnica que a instituição de fé, na qual acreditam, condena, dependendo da circunstância em que será realizada (GÜVERCIN; MUNIR, 2017).

Outro ponto a ser considerado acerca do tema envolve os casais homoafetivos. Apesar dos casos de preconceito ainda recorrentes em relação às novas formações familiares, observa-se uma reflexão acerca da possibilidade de casais homoafetivos viabilizarem a geração de descendência com o uso das técnicas de RA, afinal todos possuem o direito de constituir uma família baseada no amor, e não necessariamente em um modelo previamente estabelecido. O problema acerca da aplicação da RA na homoparentalidade também tem como fator principal o envolvimento da teologia, pois é sabido que as novas constituições familiares ainda são alvo de segregação e possuem dificuldade de estabelecer uma filiação socioafetiva. Os direitos fundamentais devem ser utilizados como referência para respaldar a luta desses grupos vulneráveis quanto às tecnologias reprodutivas (PINTO; LAMOUNIER, 2016; FREIRE JÚNIOR *et al.*, 2019).

Torna-se evidente, portanto, que o desenvolvimento das tecnologias relacionadas à reprodução permitiu expandir a utilização da técnica em casos além da infertilidade, atendendo a demandas de casais homoafetivos com desejo de constituir uma família, casais sorodiscordantes para o Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV ou na maternidade tardia (QUEIROZ *et al.*, 2020).

A RA passou a ser regulada, no Brasil, por diretrizes propostas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM presentes no texto CFM nº 2.168/2017, revogado pela Resolução nº 2.294/2021. Nessas resoluções, há o reconhecimento da infertilidade como um problema de saúde e, conseqüentemente, a legitimidade da presença de tratamentos para superar essa problemática. Existe, também, a preocupação de conciliar os princípios éticos da medicina, da jurisdição brasileira e do contexto mercadológico que envolve esses serviços (FERREIRA, 2020; CFM, 2021).

Quanto aos princípios que norteiam a RA, a bioética e o direito constitucional envolvem-se e prezam pela dignidade da pessoa humana, da paternidade responsável e do direito à filiação. Destarte, a bioética define que a autonomia dos indivíduos deve ser conservada. Logo, os

profissionais da saúde necessitam levar em consideração os preceitos religiosos, éticos e sociais dos pacientes. A lei respalda tal atuação através da existência do consentimento livre e esclarecido, previsto inicialmente na Resolução nº 13.58/92 do CFM. As prerrogativas éticas ajudam a embasar os direitos humanos e, ainda, propõem solução para casos específicos de RA quando tais garantias não o são. Todas as etapas desse processo envolvem questões bioéticas, como o desejo dos pais, os tipos de progenitores, a obtenção, instrumentalização e manipulação dos gametas, o processo de fecundação e a transferência ao organismo feminino (CFM, 1992; BERNAL, 2016).

Outro princípio defendido pela bioética é o da não maleficência, o qual também se relaciona com a RA por defender a necessidade de evitar qualquer dano a todos os envolvidos e exigir uma atenção incisiva quanto aos desejos das pessoas participantes do processo. A premissa da justiça é respaldada tanto nas normas do Código de Ética Médica quanto pela própria Constituição Brasileira, afinal ambos os tratados frisam a relevância de não tratar com desigualdade qualquer pessoa, independentemente de condição econômica, etnia, orientação sexual e religião (BRASIL, 1988; CFM, 2019).

Existe uma consonância entre as legislações, os direitos humanos e a bioética no que tange à importância de proteger a família e promover o bem-estar, sendo dever do Estado dar respaldo à formação familiar, incentivando o casamento, mas não negligenciando as uniões estáveis e as demais relações respaldadas pelo afeto. Na realidade, muitas pessoas sofrem com a pouca eficiência do aparato governamental em desempenhar seu papel de garantir qualidade de vida aos seres, o que inclui a possibilidade de exercer o direito de querer constituir família e ter descendentes mesmo por métodos de RA. Na prática, a realidade permeada por preconceito, mesmo que o Brasil seja declarado laico, influenciada pelas religiões predominantes no país, prejudica o processo para casais heterossexuais e ainda mais para os homoafetivos no que concerne à fertilização *in vitro* e à inseminação artificial (SANTOS; NUNES, 2007).

Em todo o mundo, países que dominam as técnicas de RA estão criando protocolos e regras que inviabilizem desvios e distorções no progresso dessa nova tecnologia. A rapidez da evolução do conhecimento sobre a reprodução humana exige das comunidades e dos governos

uma vigilância contínua a respeito da questão para que preceitos bioéticos não sejam infringidos. Nota-se, então, a urgência que o Brasil tem em organizar melhor o processo de reprodução assistida nacionalmente, lembrando que o Estado é laico e que a Constituição protege os direitos de todos os cidadãos (VITULE; COUTO; MACHIN, 2015).

Em suma, é possível ressaltar o papel social da RA sem desprezar todo o respaldo ético e legislativo que tal prática necessita ter, mas não com o intuito de burocratizar os procedimentos, e sim para evitar consequências ou danos para os envolvidos. Em tal conjuntura, precisa-se fomentar discussões em todos os âmbitos da sociedade a fim de deliberar sobre as técnicas e a melhoria de toda a sistemática envolvida, levando em consideração que nenhum direito deve ser negado a outrem e que o dogmatismo religioso não pode impedir que novas formações familiares ocorram (VITULE; COUTO; MACHIN, 2015).

Comentário da especialista⁶

A Reprodução Humana Assistida – RHA é uma das áreas com mais polêmicas bioéticas envolvidas. As questões vão desde o estado civil dos progenitores, a orientação sexual, a doação de gametas e embriões, o útero de substituição e o método de fertilização até o teste genético pré-implantacional, a reprodução póstuma, a seleção do sexo por motivos não médicos e o descarte dos embriões.

Quanto ao descarte dos embriões, a legislação brasileira permite que seja feito após três anos da fertilização *in vitro*, tempo esse considerado pela legislação como um período de amadurecimento da ideia do descarte para que os pacientes tenham certeza dessa decisão, evitando arrependimento do descarte e necessidade de repetir todo o processo. O Código Civil (BRASIL, 2002) considera que a personalidade civil começa no nascimento com vida, mas a lei põe a salvo o direito do nascituro desde a concepção, o que fomenta uma das polêmicas da bioética na Reprodução Assistida: qual momento do desenvolvimento embrionário é considerado como concepção?

Para os profissionais da área, os embriões são células com vida em potencial, mas ainda não são considerados um ser para que seu descarte seja encarado como aborto, visto que o procedimento de RHA não é

uma garantia de gestação, já que, atualmente, a média mundial da taxa de gestação gira em torno de 60%, ou seja, 40% dos procedimentos de transferência embrionária não levam a uma gestação por motivos inerentes a cada caso em particular.

Outro ponto bastante polêmico é o teste genético pré-implantacional, através do qual é possível detectar o sexo e alterações genéticas nos embriões antes de transferi-los para o útero, como por exemplo a síndrome de Down. Existe uma linha de pensamento que defende a transferência desses embriões, visto que são embriões compatíveis com a vida, ou seja, indivíduos com síndrome de Down conseguem trabalhar, se relacionar com outras pessoas e ter filhos. Então, os defensores dessa linha de pensamento questionam: por que não os transferir? Entretanto, a decisão final é do(s) paciente(s). A grande maioria opta por não transferir, levando em consideração que, apesar de ser compatível com a vida, a vida dos portadores da síndrome é cheia de dificuldades.

Em relação à seleção do sexo dos embriões, no Brasil só é permitida para fins médicos, ou seja, quando existe na família histórico de doença genética ligada aos cromossomos sexuais; por exemplo, a hemofilia é uma doença que acomete indivíduos de sexo masculino, logo as famílias que apresentam casos de hemofilia podem optar por transferir apenas embriões do sexo feminino. Em alguns países, a seleção do sexo é permitida para fins não médicos, ou seja, é permitido escolher qual embrião se quer transferir de acordo com o desejo de ter um descendente do sexo masculino ou feminino, fato que ampla a discussão para a área da bioética.

Para os profissionais da área, os procedimentos de RHA são procedimentos técnicos realizados para auxiliar pessoas que por algum motivo não conseguem realizar o sonho de ter um filho, ou seja, não conseguem engravidar naturalmente, seja por alguma causa de infertilidade ou por “falta” dos componentes necessários a uma gestação, como é o caso dos casais homoafetivos, na reprodução independente e até mesmo em casais que nem a mulher nem o homem produzem gametas viáveis. E quem somos nós para dizer se um casal homoafetivo ou uma pessoa solteira com desejo de ter um filho pode ou não concretizar seu sonho, tendo em vista que muitas famílias tradicionais não respeitam, maltratam, abusam, não dão amor, carinho e atenção a seus filhos? Fica a reflexão.

REFERÊNCIAS

BERNAL, G. A. G. Las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) a La Luz de La Bioética. **Escritos - Fac Filos.**, Bogotá, v. 24, n. 53, p. 1-1, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pisca_abstract&tlngLes. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Código Civil**. Brasília, DF: 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 20 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.358**, de 19 de novembro de 1992. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1992/1358>. Acesso em: 20 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217**, de 22 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 20 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.168**, de 10 de novembro de 2017, modificada pela Resolução CFM nº 2.294/2021. Brasília: CFM, 2021. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2021/2294>. Acesso em: 20 fev. 2022.

FERREIRA, K. X. C. Reprodução medicamente assistida: paradoxo, ética e destino. **Psicologia USP**, [S. l.], v. 31, p. 1-9, jul. 2020. DOI: 10.1590/0103-6564e170147.

FREIRE JÚNIOR, A. F. *et al.* Regulamentando políticas públicas em reprodução assistida para casais soroconcordantes homoafetivos. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 27, n. 4, p. 756-763, dez. 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019274359.

GÜVERCIN, C. H.; MUNIR, K. M. A comparative analysis of bioethical issues from view points of religious affairs administration in Turkey, Roman Catholicism and Orthodox Judaism. **Acta Bioethica**, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 327-339, jul. 2017. DOI: 10.4067/s1726-569x2017000200327.

LUNA, N. As novas tecnologias reprodutivas e o estatuto do embrião: um discurso do magistério da igreja católica sobre a natureza. **Revista Gênero**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 1-18, 13 dez. 2012. DOI: 10.22409/rg.v3i1.259.

PINTO, C. A. S. W.; LAMOUNIER, G. M. O direito à diferença: a permissão das técnicas de reprodução assistida a casais homossexuais em face do princípio

da dignidade humana. **Senso Crítico**, Pedro Leopoldo, v. 1, n. 1, p. 66-87, jul. 2016. Disponível em: <https://famigvirtual.com.br/famig-libertas/index.php/libertas/article/view/92>. Acesso em: 2 jan. 2021.

QUEIROZ, A. B. A. *et al.* Nursing work in assisted human reproduction: between technology and humanization. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 73, n. 3, abr. 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0919.

SANTOS, N. B.; NUNES, L. N. B. T. Os Reflexos Jurídicos da Reprodução Humana Assistida Heteróloga e Post Mortem. **Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos**, Bauru, v. 41, n. 48, p. 253-278, dez. 2007. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/79070154.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2021.

VITULE, C.; COUTO, M. T.; MACHIN, R. Casais de mesmo sexo e parentalidade: um olhar sobre o uso das tecnologias reprodutivas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 19, n. 55, p. 1169-1180, dez. 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0401.

Conflitos de interesse em pesquisas envolvendo seres humanos

Gislaine do Nascimento Santos⁷

Marcelle de Farias Argolo⁷

Sarah Cristina Fontes Vieira⁸

Diogo Costa Garção⁹

INTRODUÇÃO

Na Antiguidade, as diferentes civilizações, de acordo com seus costumes, possuíam visões diferentes acerca da realização da dissecação humana. Os chineses confucionistas a consideravam uma atitude profana e, assim como os gregos, romanos e árabes, proibiram essa prática. Devido a isso, estudiosos como Aristóteles e Galeno obtiveram seus conhecimentos utilizando a anatomia comparativa a partir de dissecações em animais ou observações externas do corpo humano; enquanto o indiano Susruta, famoso médico hindu, realizava dissecações em crianças menores de dois anos e ensinava a técnica utilizada aos seus aprendizes, já que tal prática era permitida pela lei hindu. Foi somente com o estabelecimento das universidades, durante a Idade Média, que as dissecações se tornaram comuns na Europa, o que culminou na publicação do primeiro atlas de anatomia humana, o *De Humani Corporis Fabrica*, por Andrea Versalius em 1543 (PERSAUD; LOUKAS; TUBBS, 2014).

7 Graduandas em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

8 Médica pela Universidade Federal de Sergipe – UFS. Especialista em Gastroenterologia Pediátrica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Doutora em Ciências da Saúde pela UFS. Professora adjunta do Departamento de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFS. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário – HU/UFS. Presidente do Departamento de Gastroenterologia e Hepatologia da Sociedade Sergipana de Pediatria.

9 Graduado em Fisioterapia pela Universidade Tiradentes – Unit. Especialista em Intervenção em Neuropediatria, com mestrado e doutorado pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. Professor adjunto do Departamento de Morfologia da Universidade Federal de Sergipe.

Apesar de ser vital para o avanço da ciência, a discussão sobre o uso de seres humanos em tais estudos permaneceu negligenciada e difusa até que, após a Segunda Guerra Mundial, as pesquisas desenvolvidas pelos médicos nazistas utilizando prisioneiros dos campos de concentração como cobaias vieram à tona. Nesse contexto, a Alemanha já era signatária da Convenção de Genebra de 1929, que tratava sobre o tratamento de prisioneiros de guerra, e possuía uma rigorosa regulamentação ética sobre experimentos envolvendo seres humanos, publicada pelo Conselho de Saúde do Reich em março de 1931 (DHAI, 2017). Apesar disso, em meio à mentalidade de “limpeza racial” do país, as pessoas utilizadas nesses experimentos sofreram inúmeras violações de seus direitos fundamentais (SHUSTER, 2018). Após o término da guerra, foram realizados os julgamentos dos médicos envolvidos em tais pesquisas, os quais serviram de base para a criação do Código de Nuremberg, que, enfim, estabeleceu de forma clara os princípios éticos para pesquisas com seres humanos (DHAI, 2017; SHUSTER, 2018).

Mesmo após o estabelecimento do Código de Nuremberg e dos comitês de ética, conflitos de interesse e violações éticas continuam a acontecer. Um dos casos mais recentes – e mais midiáticos – foi a pesquisa realizada por He Jiankui em 2018, que alegou ser o primeiro cientista a gerar bebês geneticamente modificados e imunizados contra o HIV. Após uma análise detalhada por Li *et al.* (2019), foram constatadas inúmeras violações como a não aprovação do estudo em um comitê de ética cadastrado. Por tais erros se repetirem no passado e no presente, e pela relevância natural do tema, fica evidente a importância de discuti-lo.

A principal ferramenta brasileira de regulação ética em pesquisas: o sistema CEP/Conep

Na década de 1980, os debates sobre questões relacionadas à saúde estavam em alta no Brasil, e foi nesse contexto que surgiram códigos e resoluções que tratavam das pesquisas na área da saúde e das garantias e direitos das comunidades pesquisadas. Em 1996, um passo importante foi dado com a criação da Resolução nº 196/96, pois ela é mais abrangente que as anteriores ao regulamentar as pesquisas com seres humanos em geral, sem se restringir às pesquisas da área da saúde, além de definir a criação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep e

dos Comitês de Ética em Pesquisa – CEPs (SCHUCH; VICTORA, 2015). Atualmente, estes são regidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, a qual revoga a anterior e é responsável pelo estabelecimento de diretrizes e normas que devem permear as pesquisas com seres humanos, incorporando princípios da bioética (autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, entre outros) e prezando sempre pelo respeito ao participante e à dignidade humana (BRASIL, 2012).

Os CEPs, que podem ser encontrados nas instituições e organizações que realizam pesquisas com seres humanos, e a Conep, que possui abrangência nacional e coordena os CEPs, constituem o sistema CEP/Conep. Para que tais estudos possam ser realizados, o projeto de pesquisa deve ser submetido à avaliação do CEP responsável, que poderá aprová-lo ou não. Em pesquisas envolvendo os seguintes tópicos, também é necessária a aprovação pela Conep (BRASIL, 2012):

- Reprodução Assistida;
- Manipulação de gametas/pré-embriões/embriões/feto, medicina fetal com procedimentos invasivos;
- Equipamentos e dispositivos terapêuticos novos ou não registrados no país;
- Novos procedimentos terapêuticos invasivos;
- Estudos com populações indígenas;
- Projetos de pesquisa que envolvam organismos geneticamente modificados – OGMs;
- Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originadas fora do Brasil (exceto aquelas copatrocinadas pelo governo brasileiro);
- Protocolos de constituição e funcionamento de biobancos para fins de pesquisa.

A tramitação ocorre por meio da Plataforma Brasil, sistema eletrônico no qual é possível ter acesso aos registros das pesquisas, permitindo seu acompanhamento durante todo o processo (SCHUCH; VICTORA, 2015).

É importante destacar que, diante do cenário da pandemia causada pelo vírus SARS-Cov-2, a relevância da atuação do sistema CEP/Conep em meio à urgência de realização de estudos para expandir o conhecimento acerca da Covid-19 é ainda maior. Ainda assim, denúncias graves

surtem, como no caso do dossiê elaborado por médicos que trabalharam para o plano de saúde Prevent Senior, que traz, dentre outras acusações, a suposta realização de estudos acerca da eficácia do tratamento precoce para a Covid-19, não submetidos à análise por um comitê de ética, sem o consentimento dos pacientes e com a alteração de dados de declarações de óbito (SENADO FEDERAL, 2021). De forma semelhante, outro estudo sem autorização da Conep e com problemas no fornecimento do consentimento dos pacientes teria sido realizado em hospitais de Porto Alegre-RS, Gramado-RS e Chapecó-SC para avaliação da eficácia da proxalutamida, uma droga antiandrogênica experimental, em casos de Covid-19 hospitalizados (BOTALLO; CANOFRE, 2021).

Consentimento Livre e Esclarecido

Segundo a Resolução 466/12 do CNS, o conceito de consentimento esclarecido consiste em:

Anuência do participante da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar (BRASIL, 2012).

O consentimento também é o primeiro princípio ético da realização de pesquisas que envolvam seres humanos apontado pela resolução, que possui um capítulo específico para orientar a elaboração e aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Ele deve ser aplicado dentro de condições e locais adequados, sob forma de convite, com linguagem clara e acessível, respeitando o tempo para que haja reflexão antes da tomada de decisão. Dentro do documento ainda se recomenda que aborde temas como justificativa, objetivos e procedimentos da pesquisa, explicações sobre benefícios, possíveis riscos e cautelas que devem ser tomadas, formas de assistência às quais os participantes terão acesso, garantias da liberdade de se recusar ou sair da pesquisa a qualquer momento e da manutenção do sigilo, quais as coberturas de custos com procedimentos e as possíveis indenizações pagas ao participante caso este sofra algum dano decorrente da pesquisa (BRASIL,

2012). O contato direto com o pesquisador e com o CEP responsável pela aprovação da pesquisa deve ser disponibilizado ao participante da pesquisa no TCLE.

Para pesquisas que utilizem tratamentos experimentais, são estabelecidos outros critérios em relação aos métodos terapêuticos já existentes, a possibilidade de o participante ser incluído em um grupo controle e o significado disso. Além disso, ratificar a liberdade do participante de renunciar aos seus direitos ou qualquer outro subterfúgio que afaste essa responsabilidade dos pesquisadores. Além dessas recomendações, ainda é estabelecido pela resolução que o termo de consentimento deve ser aprovado pelo CEP e, quando pertinente, pela Conep (BRASIL, 2012).

De acordo com essas recomendações, um dos exemplos de pesquisa com problemas em relação ao consentimento é a já citada pesquisa de He Jiankui. Segundo Li *et al.* (2019), o TCLE aplicado possuía 23 páginas, era escrito em inglês e majoritariamente composto de termos técnicos. Além disso, afirmava que as despesas, calculadas em 280.000 RMB (renminbi – moeda chinesa), seriam pagas pela equipe do projeto. No entanto, qualquer despesa além desse orçamento seria paga pelos participantes, com uma taxa adicional de 100.000 RMB como multa, e, se desejassem sair do estudo em uma fase avançada, deveriam ressarcir o valor gasto em seu tratamento. Essa ameaça de multa compromete a liberdade dos participantes de deixarem a pesquisa e viola o princípio da voluntariedade para pesquisas envolvendo seres humanos (LI *et al.*, 2019).

BENEFÍCIO E DANO

Com relação ao benefício e ao risco de uma pesquisa para o participante, é válido ressaltar que o dano é inerente a toda pesquisa com seres humanos. É de extrema importância apontar os riscos e os potenciais benefícios, que também devem estar presentes nas pesquisas para justificar sua realização, e que sejam levados em consideração ao se desenvolver o estudo. Entretanto, os pesquisadores podem se deixar levar erroneamente pelos seus interesses particulares, negligenciando os perigos a que estão expondo os participantes. Para tentar evitar isso, a Resolução CNS 466/12 aborda no item V que a pesquisa com

seres humanos seja realizada apenas quando o risco se justifique pelo benefício esperado, entretanto ela não estabelece critérios de como deve ser realizada (BRASIL, 2012). Ademais, trabalhos que desenvolvam específica e detalhadamente essa questão são escassos na literatura (AARONS, 2017). Por conseguinte, essa falta de orientação favorece o surgimento de dúvidas entre os avaliadores dos CEPs e da Conep, facilitando a ocorrência de julgamentos equivocados, que podem colocar em risco os sujeitos da pesquisa.

PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE

A privacidade é abordada na Resolução 466/12 do CNS de forma breve, indicada apenas como um dos princípios da realização de pesquisas envolvendo seres humanos e que esse ponto deve estar incluso no termo de consentimento aplicado (BRASIL, 2012).

A realização do Projeto Genoma Humano e de estudos epigenômicos, que se baseiam na utilização e criação de bancos de dados biológicos, determinou uma nova fase de discussões acerca da importância da privacidade na realização de estudos envolvendo seres humanos, já que agora não se trata apenas de tecidos humanos, mas de sequências de genes que determinam o indivíduo. Debates a respeito do regime de confidencialidade dos bancos de dados genéticos estão acirrados entre a comunidade científica, na qual o modelo de acesso aberto é o mais utilizado. O acesso controlado por CEPs está em discussão, mas é duramente criticado, e alternativas já foram propostas, como o consentimento aberto e a doação de genoma (JOLY *et al.*, 2016).

Um exemplo famoso de violação do direito à privacidade é o caso de as células HeLa, nome dado às células em cultura coletadas de tecido canceroso de Henrietta Lacks, terem sido amplamente usadas em descobertas como a vacina contra a poliomielite, a quimioterapia, a clonagem, o mapeamento de genes e a fertilização *in vitro*. Seus prontuários médicos e relatório de autópsia foram fornecidos pelo Hospital Johns Hopkins – local onde foi realizado o tratamento de Henrietta – ao jornalista Michael Gold para a publicação do livro *A conspiracy of cells: one woman's immortal legacy and the medical scandal it caused* (*Conspiração das células: o legado imortal de uma mulher e o escândalo que causou na medicina*). A família não foi avisada e não havia tido acesso àqueles

documentos anteriormente. Na época, porém, não configurava um crime de fato, já que não existia uma legislação específica sobre o assunto, e o Código de Nuremberg, assim como o Código de Ética da Associação Médica Americana, não possuía o poder de uma lei (SKLOOT, 2010).

Pagamento aos participantes

O pagamento aos participantes de pesquisa é um tema que gera discussões e sobre o qual ainda não há consenso. De acordo com a Resolução CNS 466/2012, a participação deve ser gratuita, ressalvadas as pesquisas clínicas de fase I ou de bioequivalência (BRASIL, 2012). Essa ressalva instiga debates, uma vez que torna possível a participação não gratuita em algumas fases da pesquisa. Quem defende argumenta que a participação voluntária é escassa, o que pode inviabilizar as pesquisas. Já quem é contra ressalta que isso pode induzir as pessoas a participarem sem considerar os riscos, atingindo principalmente a população socioeconomicamente mais vulnerável, bem como indivíduos com pouca instrução sobre a situação e os riscos a que irão se expor (ALBUQUERQUE; BARBOZA, 2016), fato esse que vai de encontro ao que seria um consentimento esclarecido e que também pode favorecer a exploração e a negligência com relação ao bem-estar desses participantes por parte dos pesquisadores. No Brasil, por exemplo, já foi noticiado na mídia um caso em que pessoas foram usadas como cobaias. Isso ocorreu com ribeirinhos no Amapá que recebiam uma quantia irrisória (R\$ 12,00, ou seja, 12 reais) para levar picadas de 100 mosquitos, havendo relatos de que alguns contraíram malária (AMORIM, 2019).

Patrocínio de pesquisas

Um dos pontos mais polêmicos nas pesquisas com humanos é a fonte do patrocínio às pesquisas, bem como a relação entre os setores privado (indústria farmacêutica) e público, com maior receio em relação ao setor privado, focado no retorno dos seus investimentos em forma de lucro, em detrimento do bem-estar dos participantes da pesquisa. Quanto a essa questão, o Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019), em seu capítulo XII sobre ensino e pesquisa médica, aponta como vedado ao médico: “Art. 104. Deixar de manter independência profissional e científica em relação a financiadores de

pesquisa médica, satisfazendo interesse comercial ou obtendo vantagens pessoais”.

Já a Resolução 466/12 do CNS (BRASIL, 2012) versa sobre as responsabilidades do patrocinador, dando ênfase à proteção de direitos dos participantes, como indenizações por eventuais danos causados durante a pesquisa, assistência integral e acesso gratuito e por tempo indeterminado aos melhores tratamentos ao final do estudo.

As maiores preocupações em torno do patrocínio da indústria farmacêutica são em relação ao monopólio dos dados das pesquisas, patrocínio direcionado a revistas científicas e a sua relação com os médicos. No primeiro caso, a divulgação dos dados é uma decisão exclusiva das empresas, que facilmente podem distorcer resultados como forma de promover seus produtos, ou ainda evitar estudos que possam questionar a eficácia desses medicamentos, como ocorreu nos casos do orlistate e do rimonabanto, medicações antiobesidade, sobre as quais foram solicitados os resultados de seus testes por uma suspeita de que tais medicamentos aumentassem os índices de depressão severa e suicídio entre os seus usuários. A *European Medicines Agency* – EMA, agência reguladora das indústrias farmacêuticas na Europa, negou o pedido sob a justificativa de que essas informações poderiam abalar interesses comerciais (PINHEIRO, 2017).

Em relação ao patrocínio às revistas científicas, simplesmente proibir tal prática não seria uma medida eficaz, já que muitas delas são dependentes desses financiamentos para manter seu funcionamento, o que torna essa questão ainda mais problemática. Já no caso da relação entre médicos e a indústria farmacêutica, a corrupção fica mais evidente, como o exemplo da empresa Sandoz, que ofereceu a um pesquisador primário o cargo de consultoria com remuneração de 30 mil dólares por ano com a condição de aceitar um parecer favorável a um ensaio do medicamento isradipina, apesar de ele ter apresentado taxas de complicação maiores em relação ao outro medicamento ao qual foi comparado (PINHEIRO, 2017).

Material biológico

Outro tema que motiva debates é a utilização do material biológico humano sem consentimento. Um caso relevante já citado anteriormente

é o das células HeLa, que foram desenvolvidas a partir de amostras retiradas do tecido canceroso do colo do útero da paciente Henrietta Lacks sem sua autorização, como era comum na época em enfermarias públicas dos Estados Unidos (SKLOOT, 2010). Atualmente, no Brasil, o armazenamento e o uso desse material em pesquisas são regulamentados pela Resolução CNS 441/2011 (BRASIL, 2011) no intuito de evitar que sejam utilizados indevidamente. As amostras são armazenadas em biobancos e biorrepositórios, os quais precisam ser aprovados pelo sistema CEP/Conep. As instituições que as abrigam são responsáveis pela segurança, conservação do material e garantia dos direitos dos participantes, uma vez que elas, as amostras, pertencem ao indivíduo que as forneceu e só podem ser usadas para a finalidade prevista no protocolo ou diante de novo consentimento. Ademais, a legislação brasileira proíbe comercializar o material biológico humano. Contudo, há muitos biorrepositórios funcionando informalmente, e nem mesmo a Conep sabe exatamente quantos (CHAGAS; GUEDES, 2015). Assim, torna-se difícil assegurar que as normas serão cumpridas e que as amostras não serão utilizadas para fins não previstos no protocolo.

Uma visão atual sobre a situação brasileira:

Projeto de Lei nº 7.082/2017

Como já explicitado neste capítulo, a regulação ética de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil é feita pelo sistema CEP/Conep, regido pela Resolução CNS 466/12. Porém, resoluções são dispositivos voláteis e podem ser modificadas a qualquer momento, já que não passam pelos mesmos processos de aprovação que uma lei federal. A primeira proposta que tenta modificar essa realidade é o Projeto de Lei do Senado – PLS 200/2015, que posteriormente foi submetido à análise da Câmara dos Deputados como o Projeto de Lei – PL nº 7.082/2017. Com essa regulamentação formal, as pesquisas realizadas no Brasil teriam maior incentivo, além de seus resultados serem mais facilmente disponibilizados para a população através do Sistema Único de Saúde – SUS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA, 2017; FERREIRA; MARTINEZ, 2019).

Apesar disso, o projeto de lei causou controvérsia na comunidade científica, com destaque para os pesquisadores do CEP da Fiocruz,

que publicaram um documento em 2017 criticando o texto final, o PLS 200/2015, aprovado no Senado Federal, em relação a aspectos polêmicos (FIOCRUZ, 2017).

Sobre o patrocínio das pesquisas provenientes do exterior e as nacionais, os pesquisadores da Fiocruz (2017) destacam o histórico de pesquisas patrocinadas por multinacionais que ferem princípios éticos a depender do local em que são realizadas, a ponto de adotarem normas éticas distintas para os países centrais, que protegem melhor os participantes dessas pesquisas, e os periféricos, com regulamentações menos protetoras. No PLS 200/2015, as pesquisas são tratadas de forma isonômica, independentemente de o seu patrocínio ser feito a partir do exterior ou nacional, o que, segundo a Fiocruz (2017), deixa os participantes brasileiros suscetíveis a abusos por ignorar deliberadamente esses riscos potenciais já registrados segundo o histórico levantado.

Em relação ao uso do placebo, a crítica feita à redação do PLS consiste no fato de que “o participante da pesquisa não pode ser privado de receber o tratamento habitualmente realizado na prática clínica”. Para o CEP da Fiocruz (2017), tal expressão poderia gerar uma interpretação dúbia sobre qual seria esse tratamento habitual, a depender dos recursos disponíveis em cada região, e colocaria em risco a saúde dos participantes.

Outro ponto criticado é o acesso ao tratamento após o estudo. Os participantes se submetem a uma pesquisa na esperança de obterem um tratamento novo que atenda às suas necessidades. O texto final do PLS, porém, dá margem para o patrocinador não fornecer o novo medicamento em casos de impossibilidade de sua obtenção ou fabricação, desde que justificadas, ou caso o medicamento já seja fornecido gratuitamente pelo SUS. Dessa forma, a depender da justificativa, o patrocinador poderia se eximir da sua responsabilidade ou ainda repassá-la para o sistema público de saúde, já que, uma vez disponibilizado no SUS, o medicamento pesquisado estará disponível para toda a população, e o lucro do patrocinador com a sua venda já foi garantido (FIOCRUZ, 2017). Além dessa subjetividade do capítulo que trata do Programa de Fornecimento de Medicamento Pós-Estudo, o texto não menciona outros tipos de fornecimento antecipado de medicamentos, como o acesso

expandido e o uso compassivo, ambos relacionados à disponibilização do tratamento para pacientes que não participaram da pesquisa clínica (BENDER, 2019).

Por fim, quanto à Instância Nacional de Ética em Pesquisa Clínica, a crítica da Fiocruz (2017) consiste na vinculação da Conep à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde – SCTIE/MS. A justificativa para tal ação consiste na redução dos prazos para a aprovação da realização de pesquisas clínicas no Brasil, que atualmente é de até 12 meses, o maior da América Latina (FERREIRA; MARTINEZ, 2019), para no máximo 90 dias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA, 2017). Esse fator é apontado por membros das *Contact Research Organizations* – CROs, instituições terceirizadas responsáveis pela realização dos ensaios clínicos multicêntricos, como o principal fator negativo para a condução de estudos no país (CASTRO, 2019). No entanto, essa mudança da atual organização da Conep poderia diminuir a sua transparência ao submeter a comissão aos interesses políticos do governo, nem sempre alinhados aos da população, e retirar o controle social da revisão ética desses estudos (FIOCRUZ, 2017).

Comentário da especialista⁸

O retrato histórico do entendimento e da aplicação de princípios éticos em pesquisas que envolvem seres humanos, apresentado no texto, é permeado por aspectos contemporâneos e destaca o processo de transformação, ainda em andamento, da ética em pesquisa.

É inegável que têm sido observados avanços nessa esfera ao longo das últimas décadas, com diretrizes e normas para a realização de pesquisas, sobretudo quanto à proteção dos seus participantes e ao papel do CEP/Conep como sistema regulador. Diferentes aspectos relacionados a procedimentos metodológicos e aspectos éticos, tais como a adequada elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o entendimento dos riscos e benefícios esperados, as medidas cautelares para evitar ou minimizar riscos, a anonimização dos dados, a justificativa para a execução da pesquisa e os recursos financeiros envolvidos, devem ser observados de modo a resguardar a segurança do participante da pesquisa e neutralizar potenciais conflitos de interesse.

Atualmente, o paradigma quase que universal é a exigência de aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da instituição responsável e o seguimento dos princípios éticos apresentados pela Associação Médica Mundial na Declaração de Helsinki para publicação nos mais diversos periódicos científicos, o que notadamente impulsiona uma maior valorização dos preceitos éticos na execução de pesquisas com seres humanos. Entretanto, ainda são realizados alguns estudos sem o rigor de uma análise ética, como demonstrado no texto, colocando em risco os participantes da pesquisa e, em análise mais ampla, comprometendo os resultados e trazendo também riscos indiretos à população (JUNGES, 2014).

Na rotina do comitê de ética em pesquisa, são recebidos projetos para análise ética. Inadequações no preenchimento das informações básicas de projetos de pesquisa na Plataforma Brasil e nos documentos postados são extremamente comuns. A falta de uma ampla divulgação das instituições sobre os preceitos éticos e os trâmites necessários para aprovação de protocolos de pesquisa pelo sistema CEP/Conep, como também a falta de consulta prévia às normas éticas pelas equipes de pesquisa antes da submissão de seus projetos, contribuem para esse cenário. Portanto, é necessário haver uma valorização estrutural dos princípios éticos na realização de pesquisas envolvendo seres humanos que não seja apenas o cumprimento de um protocolo visando publicações futuras. Que a discussão aberta sobre o tema, neste capítulo, possa contribuir para essa valorização.

CONCLUSÃO

Diante do que foi apresentado, observa-se que a participação de seres humanos em pesquisas passou por mudanças significativas ao longo da história, sendo necessário o impacto causado pelas atrocidades cometidas em estudos nazistas para que fossem criados documentos que tratassem do tema e buscassem preservar a dignidade humana.

Mas, mesmo após a criação deles, irregularidades e violações da ética em pesquisa continuaram a ocorrer. No Brasil, as discussões sobre o assunto resultaram na criação de resoluções e do sistema CEP/Conep, que representam um passo importante para a regulação da bioética nesses estudos. O estabelecimento do TCLE como principal instrumento de

demonstração da voluntariedade dos participantes também culminou em uma melhora dos padrões da realização de pesquisas.

Apesar do papel orientador e fiscalizador que os comitês de ética desempenham, há casos que demonstram como ainda há falhas que precisam urgentemente de resolução, visto que elas permitem que muitos problemas éticos persistam, os quais estão, na maioria dos casos, relacionados a conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

AARONS, D. E. Exploring the risk/benefit balance in biomedical research: some considerations. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 320-327, ago. 2017. DOI: 10.1590/1983-80422017252192.

ALBUQUERQUE, A.; BARBOZA, H. H. Remuneração dos participantes de pesquisas clínicas: considerações à luz da Constituição. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 29-36, abr. 2016. DOI: 10.1590/1983-80422016241103.

AMORIM, K. P. C. Ética em pesquisa no sistema CEP-Conep brasileiro: reflexões necessárias. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 1033-1040, mar. 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018243.35292016.

BENDER, C. S. **Acesso expandido, uso compassivo e fornecimento de medicamento pós-estudo**: fluxos e materiais informativos. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital das Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/181265>. Acesso em: 3 set. 2021.

BOTALLO, A.; CANOFRE, F. Procuradoria investiga estudo sem autorização com proxalutamida em hospital militar no RS. **Folha de S. Paulo**. 25 ago. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/08/mp-investiga-estudo-sem-autorizacao-com-proxalutamida-em-hospital-militar-no-rs.shtml>. Acesso em: 30 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 441, de 12 de maio de 2011. **Aprova diretrizes para análise ética de projetos de pesquisas que envolvam material biológico humano ou uso de material armazenado em pesquisas anteriores**. Brasília, 2011. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2011/Reso441.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 9 jan. 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 7.082/2017. **Dispõe sobre a pesquisa clínica com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa Clínica com Seres Humanos**. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=proposicoesWebExterno1Avulso+-PL+7082/2017. Acesso em: 9 jan. 2020.

CASTRO, R. Economias políticas da doença e da saúde: população, raça e letalidade na experimentação farmacêutica. **Ayé: Revista de Antropologia**, v. 1, n. 1, 2019. Disponível em: <https://revistas.unilab.edu.br/index.php/Antropologia/article/view/281>. Acesso em: 3 set. 2021.

CHAGAS, C. L. R.; GUEDES, C. C. P. Pesquisa com material biológico humano: reflexão sobre normativas para unidades públicas de saúde. **Revista ACRED**, [S. l.], v. 5, n. 10, 2015. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5626629.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Capítulo XII Art. 104: Ensino e pesquisa médica. Brasília: Gráfica Marina Ltda., 2019. 108 p. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/>. Acesso em: 13 jan. 2020.

DHAI, A. Exploitation of the vulnerable in research: Responses to lessons learnt in history. **South African Medical Journal**, v. 107, n. 6, p. 472-474, 2017. DOI: 10.7196/SAMJ.2017.v107i6.12437.

FERREIRA, M. C. S.; MARTINEZ, L. L. Características epidemiológicas da população brasileira e implicações à condução de pesquisas clínicas. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 64, n. 2, p. 142-156, 2019.

FIOCRUZ. Conclusões sobre o texto final do PLS 200/2015 aprovado no senado. **Fórum de CEPs da Fiocruz**. 17 de março de 2017. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/conclusoes-sobre-o-texto-final-do-pls-2002015-aprovado-no-senado>. Acesso em: 9 jan. 2020.

JOLY, Y. *et al.* Are Data Sharing and Privacy Protection Mutually Exclusive? **Cell**, v. 167, n. 5, p. 1150-1154, 2016. DOI: 10.1016/j.cell.2016.11.004.

JUNGES, J. R. Ética na pesquisa com humanos a partir da nova resolução n. 466/12. In: PICHLER, N. A.; GIACOMINI, A. C. V. V. (Orgs.). **Ética em pesquisa com animais e humanos: bem-estar e dignidade**. Passo Fundo: UPF, 2014. p. 91-110. ISBN 978-85-7515-859-3. Disponível em: http://editora.upf.br/images/ebook/etica_e_pesquisas_bem_estar_PDF.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

LI, J. *et al.* Experiments that led to the first gene-edited babies: the ethical failings and the urgent need for better governance. **Journal of Zhejiang University. Science. B**, v. 20, n. 1, p. 32-38, 2019. DOI: 10.1631/jzus.B1800624.

PERSAUD, T. V. N.; LOUKAS, M.; TUBBS, R. S. **A history of human anatomy**. 2nd. ed. Springfield, Illinois, U.S.A: Charles C. Thomas, Publisher, LTD, 2014.

PINHEIRO, L. B. B. Medicamentos mortais e crime organizado. Como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica. **Revista de Ciências da Educação**, p. 217-224, 2017. Disponível em: <http://www.revista.unisal.br/ojs/index.php/educacao/article/view/650>. Acesso em: 13 jan. 2020.

SCHUCH, P.; VICTORA, C. Pesquisas envolvendo seres humanos: reflexões a partir da Antropologia Social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 3, p.779-796, set. 2015. DOI: 10.1590/s0103-73312015000300006.

SENADO FEDERAL. CPI da Pandemia: advogada afirma que suposto gabinete paralelo fez pacto com Prevent Senior. **Senado Notícias**, 28 set. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/videos/2021/09/cpi-da-pandemia-advogada-afirma-que-suposto-gabinete-paralelo-fez-pacto-com-prevent-senior>. Acesso em: 30 set. 2021.

SHUSTER, E. American Doctors at the Nuremberg Medical Trial. **American Journal of Public Health**, v. 108, n. 1, p. 47-52, 2018. DOI: 10.2105/AJPH.2017.304104.

SKLOOT, R. **A vida imortal de Henrietta Lacks**. Tradução de Ivo Korytowski. São Paulo: Editora Schwarcz Ltda, 2010. 373 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. **Pesquisa clínica no Brasil segue sem lei de regulamentação**. 2017. Disponível em: <https://www.sboc.org.br/noticias/item/934-pesquisa-clinica-no-brasil-segue-sem-lei-de-regulamentacao>. Acesso em: 9 jan. 2020.

Uso de animais em pesquisas

Gislaine do Nascimento Santos¹⁰

Vera Lúcia Corrêa Feitosa¹¹

A dissecação animal e o seu uso para fins científicos ocorrem desde a Antiguidade, tendo sido realizados pelas civilizações greco-romanas. Desde aquele período até a época presente, têm ocorrido mudanças com relação à visão da sociedade sobre o uso de animais em pesquisas (GUIMARÃES; FREIRE; MENEZES, 2016).

Até meados do século XVII, por exemplo, achava-se que animais não eram seres sencientes (BRAGA; SESTERHEIM, 2014), o que levou a população a não se preocupar com a maneira de tratá-los. Isso começou a mudar com a contribuição das ideias do filósofo Jeremy Bentham, que instigaram discussões sobre a capacidade dos animais de sofrer e sentir dor. A partir de então, o tema passou a ser mais abordado, surgindo entidades e movimentos para proteção dos direitos dos animais (GUIMARÃES; FREIRE; MENEZES, 2016).

No Brasil, as discussões sobre a eticidade do uso dos animais em pesquisas ganharam força a partir da década de 1990 e culminaram na criação da Lei nº 11.794/2008, conhecida como Lei Arouca. Essa lei inovava ao tratar do assunto de maneira específica e detalhada, estabelecendo diretrizes para o uso de animais em ensino e pesquisa. Outrossim, determinou a criação do Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal – Concea e das Comissões de Ética para Uso de Animais – CEUAs, órgãos responsáveis por orientar e fiscalizar os estudos e pesquisas com o uso de animais (GUIMARÃES; FREIRE; MENEZES, 2016).

¹⁰ Graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

¹¹ Bióloga pela Universidade Federal de Sergipe, mestre e doutora em Biologia Celular e Estrutural pela Universidade Estadual de Campinas. É professora e titular do Comitê de Ética de Pesquisa em Animais – CEPA da UFS.

No entanto, mesmo após a criação da lei, o debate sobre a necessidade da utilização dos animais para fins científicos tem permanecido. Aqueles contra a lei defendem que as pesquisas com animais são dispensáveis, alegando que, em vista do grande avanço tecnológico vivenciado pelas ciências, se poderia utilizar meios alternativos que assim evitariam o sofrimento animal. Outros questionam a eficácia dessa prática, uma vez que há diferenças fisiológicas entre o ser humano e os outros animais, o que pode levá-los a reagir de diferentes maneiras a um determinado estímulo (GUIMARÃES; FREIRE; MENEZES, 2016).

A Lei Arouca também recebeu críticas, principalmente da corrente abolicionista, que esperava o fim das pesquisas com animais (GUIMARÃES; FREIRE; MENEZES, 2016). Além disso, há empecilhos à sua plena efetivação. Um deles é o pouco conhecimento sobre ela e a bioética animal por parte dos estudantes, que, na maioria dos casos, são os responsáveis pela manipulação dos animais, sendo que a lei não especifica claramente de quem é essa responsabilidade, o que contribui para a intensificação do problema (DITTRICH, 2019).

Em contrapartida, os defensores do uso de animais em práticas científicas argumentam que os métodos para os substituir nem sempre são viáveis, pois, mesmo diante de todo o avanço técnico-científico, ainda não é possível copiar e abranger a complexidade dos organismos vivos (GUIMARÃES; FREIRE; MENEZES, 2016). Apesar disso, algumas medidas têm sido tomadas, a exemplo da criação do Centro Brasileiro para Validação de Métodos Alternativos – Bracvam, da Rede Nacional de Métodos Alternativos – Renama e do Concea (ANDERSEN; WINTER, 2017).

Outra medida importante é a presença de alguns pontos na Lei Arouca baseados na Teoria dos Três Erres (3Rs), *replacement*, *reduction* e *refinement* (GUIMARÃES; FREIRE; MENEZES, 2016). Esses pontos, propostos por William Russell e Rex Burch, em 1959, representam uma síntese dos princípios humanistas que devem permear a experimentação animal. *Replacement* refere-se à substituição, seja total ou parcial, dos animais por métodos alternativos sempre que possível. *Reduction* significa a redução da quantidade de cobaias, o que pode ser feito por meio de um melhor planejamento do estudo. E, por fim, *refinement*, que visa amenizar o sofrimento animal sempre que possível, promovendo seu bem-estar (BRAGA; SESTERHEIM, 2014). Esses princípios podem

ser observados, por exemplo, no artigo 5º da lei, que aponta para uma das atribuições do Concea, a saber, monitorar e avaliar a introdução de técnicas alternativas que substituam a utilização de animais em ensino e pesquisa; e também no artigo 14, indicando como imposição, sempre que possível, fotografar, filmar ou gravar as práticas de ensino, de forma a permitir sua reprodução para ilustração de práticas futuras, evitando-se a repetição desnecessária de procedimentos didáticos com animais (GUIMARÃES; FREIRE; MENEZES, 2016).

Alguns termos notórios no campo da vivissecção são o bem-estar animal – BEA e o enriquecimento ambiental – EA. O BEA está relacionado à harmonia entre o animal e o ambiente, promovendo melhorias em sua qualidade de vida e, por conseguinte, aumentando a confiabilidade dos resultados da pesquisa (FISCHER *et al.*, 2016). Um fator que contribui com o BEA é o EA, o qual, segundo normativa do Concea, deve ser levado em consideração nas pesquisas com animais, tornando o ambiente onde estes estão confinados mais dinâmico, estimulando-os a desenvolverem atividades físicas e psicológicas (DEGUCHI; TAMIOSO; MOLENTO, 2016).

Também é válido ressaltar que os estudos com animais são eficazes e contribuem de forma bastante significativa para avanços no campo biológico, visto que muitas descobertas científicas só foram possíveis devido aos testes realizados com eles, a exemplo do desenvolvimento de medicamentos e vacinas, como a vacina oral para a poliomielite (ANDERSEN; WINTER, 2017). Além disso, a utilização de animais torna muitas pesquisas viáveis. O zebrafish (*Danio rerio*), por exemplo, é uma espécie de peixe que tem se destacado como organismo-modelo, uma vez que traz facilidades como alta taxa de fecundidade, fertilização externa e embrião transparente, o que permite o estudo dos detalhes do desenvolvimento, o desenvolvimento rápido, a fácil manipulação genética e o genoma totalmente sequenciado, várias cepas disponíveis, a formação de sistemas de órgãos completos e o manejo relativamente fácil. Fatores como esses tornam os estudos muito mais práticos e econômicos, sendo mais vantajosos que os testes com seres humanos (TEAME *et al.*, 2019).

Ademais, apesar das críticas recebidas, é inegável que a Lei nº 11.794/2008 trouxe contribuições para o processo de conscientização sobre a bioética animal. Um avanço significativo proporcionado por

ela é a atribuição de punições a quem descumpra suas normas. Anteriormente, para tratar desse tema, havia apenas a Lei nº 6.638/1979, contudo ela não previa punições. A Lei Arouca também regulamenta a criação de órgãos para garantir que suas normas sejam cumpridas, como o Concea, que atua em âmbito nacional, e as CEUAs, cuja presença tornou-se obrigatória em instituições que realizam pesquisas com animais (DITTRICH *et al.*, 2019). E essas medidas têm gerado resultados. Em um estudo realizado para avaliar se há relação entre a atuação da CEUA e o uso de procedimentos de proteção animal em pesquisas, foram analisados 390 protocolos de pesquisa que passaram por análise da CEUA do Instituto de Biologia da Universidade de Brasília (CEUA-IB/UnB) entre os anos de 2003 e 2010. Foi constatado que essa relação existe e que, no período em análise, houve melhora nas previsões de estresse e dor nos protocolos, redução proporcional na realização da eutanásia nos animais submetidos a estudos e um aumento no uso de anestésicos e sedativos. Deve-se fazer a ressalva de que essa CEUA já existia antes da lei, contudo foi ela que legitimou esse sistema (CORRÊA NETO; LORENZO; SANCHEZ, 2017).

Diante do que foi apresentado, observa-se que o uso de animais em pesquisas é um tema complexo e que instiga discussões. Mesmo após a criação da Lei nº 11.794/2008, que regulamenta tais estudos de maneira específica e detalhada, as discussões entre quem defende essas pesquisas e quem é contra sua realização persistem, sendo que ambos apresentam argumentos plausíveis. Apesar das críticas recebidas, não se pode negar que a Lei Arouca representa um avanço significativo no que diz respeito à bioética animal no país, em especial com a criação do Concea e das CEUAs, mas ainda há muito a ser feito para garantir a proteção dos animais submetidos a pesquisas.

Comentário da especialista¹¹

Os modelos de experimentação animal, no presente, têm se constituído em uma promissora e importante ferramenta na pesquisa científica. Essa prática deve estar norteada e pautada nos quatro princípios bioéticos fundamentais, com destaque para a beneficência e a não maleficência. Isso implica impor limites de dor e sofrimento aos animais, além de

fiscalizar a capacidade de instalações e a natureza dos procedimentos. Um olhar na história aponta para a evidência de uma relação ancestral primitiva entre o homem e os animais. Desde a Antiguidade, os homens têm feito uso dos animais para alimentação, esporte, lazer, religião e transporte, buscando o próprio bem-estar e conforto. Entretanto, as preocupações com o bem-estar animal foram negligenciadas por muitos anos. No século XIII, por exemplo, São Tomás de Aquino afirmava que os animais não possuíam alma e, portanto, deveriam receber tratamento semelhante ao dos objetos inanimados (FRANCO *et al.*, 2014).

No presente capítulo, “Uso de animais em pesquisas”, a pesquisadora fez um relato detalhado, demonstrando que desde a Antiguidade os animais eram utilizados para fins experimentais, sem qualquer critério para o seu uso. Nos dias atuais, grandes mudanças têm ocorrido quanto aos modelos de experimentação animal. De acordo com Heancio e Pazó (2017), experimentação com animal é toda e qualquer prática que utiliza animais para fins científicos ou didáticos, envolvendo testes toxicológicos, comportamentais, neurológicos, oculares, cutâneos, bélicos, abrangendo também a dissecação e a vivissecação, com ou sem animais anestesiados. De acordo com Rech (2013), a experimentação animal é a prática cruenta de utilização de animais vivos ou recém-mortos com propósitos experimentais ou didáticos. A dissecação é a “separação, com instrumentos cirúrgicos, de partes do corpo ou órgãos de animais mortos para estudo de sua anatomia”. Já a vivissecação é o ato de cortar um corpo vivo, que também é utilizado como sinônimo de experimentação animal.

Em 1978, a Unesco declarou a vivissecação como contrária aos direitos dos animais, como consta no artigo 8º da Declaração Universal: “a) A experimentação animal que implique em sofrimento físico ou psicológico é incompatível com os direitos do animal, quer seja uma experiência médica, científica, comercial ou qualquer outra. b) As técnicas substitutivas devem ser utilizadas e desenvolvidas”.

A questão bioética de como os animais são tratados nos centros de pesquisa tem sido amplamente discutida, isso porque os animais são seres sencientes, ou seja, têm capacidade emocional para sentir dor, aflição, medo, tristeza, estresse, alegrias e sensações, além de terem memória e serem suscetíveis a sentir saudade (RECH, 2013).

O pioneiro na cirurgia de transplante de coração em humanos, Dr. Christian Bernard, fez o seguinte relato:

[...] comprei dois chimpanzés machos que viveram em jaulas separadas, uma perto da outra, por muitos meses, até que usei um deles como doador de coração. Quando nós o sacrificamos, em sua jaula, em preparação para a cirurgia, ele gritava e chorava incessantemente. Não achamos o fato significativo, mas isso deve ter causado grande trauma no seu companheiro, pois, quando removemos o corpo para a sala de cirurgia, o outro chimpanzé chorava copiosamente e ficou inconsolável por alguns dias. Esse incidente me tocou profundamente. Jurei nunca mais fazer experimentos com criaturas tão sensíveis (STEFANELLI, 2011).

Há muito tempo, o bem-estar animal restringia-se apenas à redução do estresse, enquanto o sofrimento era negligenciado. Na década de 90, a comunidade científica deu início a uma nova abordagem sobre a condução das pesquisas experimentais com animais. Com isso, sentimentos como as emoções positivas (prazer, conforto, contentamento, curiosidade e ludicidade) passaram a ser considerados e a desempenhar um papel importante no conceito de bem-estar animal. No atual século, surgiram novas divergências sobre o tema, o que tem permitido a implementação de sucessivas e pertinentes discussões bioéticas.

No Brasil, na década de 90, com a criação e implementação da Lei nº 11.794/2008, conhecida como Lei Arouca, teve início um novo período no olhar e perspectivas sobre o uso de animais em pesquisas experimentais. Para implementação da lei, foram constituídos o Concea e as CEUAs, órgãos responsáveis pela orientação e fiscalização desses estudos e para promover o bem-estar para os animais. A fim de alcançar esses objetivos, na Universidade Federal de Sergipe, por exemplo, existem três Comitês de Ética para Pesquisas: envolvendo seres Humanos – CEP; Animais – CEPA, e Animais de Produção – Cepap.

Desde a sua criação até o presente, faço parte do CEPA/UFS. Com essa experiência de participação nesse comitê, posso declarar a dificuldade de algumas vezes relatar e emitir pareceres sobre projetos de pesquisa que envolvem dor e estresse ao animal, mesmo reconhecendo a necessidade da sua realização para a obtenção de novos produtos que

poderão ser úteis em diagnósticos, na implementação de novas terapias e em pesquisas dentro das ciências biomédicas.

Por outro lado, também nos deparamos por muitas vezes com projetos de pesquisa em que o tamanho da amostra de animais a serem utilizados nos experimentos é exagerada, ou se utilizam técnicas desnecessárias, que provocam dor e estresse ao animal. Neste texto, a pesquisadora demonstrou a importância dos comitês de ética que orientam e regularizam esses parâmetros.

Creio que a pesquisadora realizou uma excelente explanação concernente ao tema proposto, que versou sobre a questão bioética quanto ao uso de experimentos com animais. A bioética continua sendo um assunto polêmico, porém relevante, principalmente quando se analisa a dignidade, o sofrimento e a integridade do modelo utilizado pela pesquisa, que geralmente é um modelo não humano. Conjuntamente com a discussão bioética, nota-se que hoje o direito dos animais tem ganhado força, percebendo-se a mobilização das pessoas na defesa do direito daqueles, principalmente no que diz respeito à experimentação animal (HEANCIO; PAZÓ, 2017).

Portanto, torna-se imprescindível para os pesquisadores se debruçar sobre a bioética e a literatura, reconhecendo sua atualidade incontestável, a necessidade da instigação do pensamento crítico e a troca de vivências no compartilhamento de decisões (MACÊDO; MACÊDO, 2020) a fim de conhecer e compreender a legislação reguladora do bom uso dos animais em experimentos, conciliando os conceitos de bioética para garantir a credibilidade dos resultados.

REFERÊNCIAS

- ANDERSEN, M. L.; WINTER, L. M. F. Animal models in biological and biomedical research - experimental and ethical concerns. **Anais da Academia Brasileira de Ciências**, [S. l.], v. 91, n. 1, 2019. DOI: 10.1590/0001-3765201720170238.
- BRAGA, L. M. G. M.; SESTERHEIM, P. Os 3Rs da experimentação animal. In: PICHLER, N. A.; GIACOMINI, A. C. V. V. (Orgs.). **Ética em pesquisa com animais e humanos: bem-estar e dignidade**. Passo Fundo: UPF, 2014. v. 1. p. 47-62. ISBN 978-85-7515-859-3. E-book. Disponível em: http://www.editora.upf.br/images/ebook/etica_e_pesquisas_bem_estar_PDF.pdf. Acesso em: 12 jul. 2020.

CORRÊA NETO, J. L.; LORENZO, C.; SANCHEZ, M. N. Influência de uma comissão de ética na proteção de animais. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 630-635, dez. 2017. DOI: 10.1590/1983-80422017253220.

DEGUCHI, B. G. F.; TAMIOSO, P. R.; MOLENTO, C. F. M. Percepção de equipes laboratoriais quanto a questões de bem-estar animal. **Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia**, [S. l.], v. 68, n. 1, p. 48-56, fev. 2016. DOI: 10.1590/1678-4162-8388.

DITTRICH, N. *et al.* Conhecimento sobre a bioética e a Lei 11.794/2008 na graduação. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 27, n. 3, p. 542-548, set. 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019273339.

FISCHER, M. L. *et al.* Enriquecimento ambiental como princípio ético nas pesquisas com animais. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 532-541, dez. 2016. DOI: 10.1590/1983-80422016243153.

FRANCO, A. L. *et al.* Pesquisas em animais: uma reflexão bioética. **Acta Bioethica**, v. 20, n. 2, p. 247-253, 2014. DOI: 10.4067/S1726-569X2014000200012.

GUIMARÃES, M. V.; FREIRE, J. E. C.; MENEZES, L. M. B. Utilização de animais em pesquisas: breve revisão da legislação no Brasil. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 217-224, ago. 2016. DOI: 10.1590/1983-80422016242121.

HEANCIO, S. F.; PAZÓ, C. G. **A Bioética e a Experimentação animal**: uma busca por novas alternativas. 2017. Disponível em: <http://site.fdv.br/wp-content/uploads/2017/03/Parte-1-14-A-bioe%CC%81tica-e-a-experimentacao-animal-Sabrina-Eancio-e-Cristina-Pazo%CC%81.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2020.

MACÊDO, M. B.; MACÊDO, P. S. **Medicina, Bioética e Literatura**: um vínculo atemporal. Medicina e direito: artigos e banners premiados no IX Congresso Brasileiro de Direito Médico. Conselho Federal de Medicina. Brasília: CFM, 2020.

RECH, M. P. **Experimentação animal**: uma abordagem acerca do sofrimento e crueldade. Trabalho de Conclusão de Curso. 2013. Disponível em: https://www.pucrs.br/direito/wp-content/uploads/sites/11/2018/09/maya_rech.pdf. Acesso em: 2 jul. 2020.

STEFANELLI, L. C. J. Experimentação animal: Considerações Éticas, Científicas e Jurídicas. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 15, n. 1, 2011.

TEAME, T. *et al.* The use of zebrafish (*Danio rerio*) as biomedical models. **Animal Frontiers**, Oxford University Press (OUP), [S. l.], v. 9, n. 3, p. 68-77, 2019. DOI: 10.1093/af/vfz020.

Células-tronco embrionárias para fins terapêuticos: potencialidades, desafios e perspectivas

André Luiz Gois de Oliveira¹²

Rebeca Meneses Santos¹²

Ricardo Scher¹³

Nas últimas duas décadas, pesquisas envolvendo células-tronco têm ganhado notabilidade à medida que têm proporcionado o surgimento de uma medicina personalizada centrada em soluções sob medida em termos genéticos e imunológicos (ZORZANELLI *et al.*, 2017). Nesse contexto, importantes avanços têm acontecido no tratamento de doenças congênitas e degenerativas, causas de infertilidade, doenças infecciosas, neoplasias, sem contar o advento dos métodos de identificação de anomalias genéticas (VIEIRA *et al.*, 2016). Além disso, o avanço nessa área tem permitido a utilização de tratamentos menos agressivos de vários tipos de câncer como a leucemia, por exemplo (AGUIAR; ANDRADE, 2017). Em dissonância com essa perspectiva otimista, procedimentos relacionados à seleção, ao descarte, à criopreservação contínua, à manipulação genética, à produção incompativelmente elevada para fins diferentes dos reprodutivos (produção de cosméticos, bens industriais ou extração de tecidos para transplantes) têm promovido o surgimento de questionamentos sobre

12 Graduados em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

13 Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Juiz de Fora (1993), mestrado em Genética e Melhoramento pela Universidade Federal de Viçosa (1996) e doutorado em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Biologia Celular e Molecular pela Universidade Federal de Sergipe, onde leciona Biologia Celular desde 1997. Foi coordenador do Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia de Produtos Naturais – Probiotec-UFS de 2012 a 2016. Professor permanente dos Programas de Pós-Graduação em Agricultura e Biodiversidade e em Biologia Parasitária da Universidade Federal de Sergipe.

a necessidade e os efeitos dessas atividades envolvendo células-tronco (BARRETTO; LAUXEN, 2017).

A despeito dos conflitos éticos associados ao desenvolvimento das pesquisas com células-tronco, a produção científica brasileira nessa área tem apresentado franca expansão nas últimas duas décadas, o que pode ser objetivamente mensurado por meio da análise da contribuição nacional para o cenário mundial (0,83% entre 2001 e 2005, e 2,11% entre 2016 e 2019) (MACHADO, 2021). Acerca de suas etapas de desenvolvimento, as pesquisas com células-tronco podem ser divididas em básica, pré-clínica e clínica. A básica é responsável por identificar as células, seus mecanismos e potenciais. Por sua vez, a pré-clínica envolve testes de potencialidade e segurança em animais, enquanto a clínica realiza testes de segurança e compatibilidade em humanos (ZORZANELLI *et al.*, 2017).

As células-tronco, por serem capazes de se multiplicar ilimitadamente e de se diferenciar em vários tipos celulares, proporcionam uma ampla manipulação terapêutica a partir da sua conversão em células de interesse, sendo esse potencial variável de acordo com o tipo utilizado: adulta ou embrionária (CATÃO, 2018). Células-tronco adultas apresentam ampla distribuição no corpo humano, consistem em células que se encontram em estágio mais tardio de desenvolvimento e usualmente geram subtipos celulares dos tecidos dos quais derivam (ZORZANELLI *et al.*, 2017), apresentam capacidade de especialização reduzida (CATÃO, 2018) e se associam a um menor risco de rejeição em intervenções terapêuticas por serem retiradas do próprio paciente (TIETZ; MARTINELLI, 2017).

As células-tronco embrionárias – CTEs, por sua vez, derivam da massa celular de um embrião de 4 a 5 dias de fecundação (ZORZANELLI *et al.*, 2017) e podem originar todos os tipos celulares de um organismo adulto (CATÃO, 2018). Acerca das CTEs, sua obtenção pode ocorrer de duas formas: a partir da clonagem terapêutica ou a partir de embriões excedentes de fecundações *in vitro*. Por terem seu descarte vedado, esses embriões são criopreservados e podem ser, posteriormente, utilizados para fins terapêuticos desde que os casais proprietários não apresentem mais perspectivas de utilização (CATÃO, 2018). Acerca da clonagem, podem ser apontados dois tipos: a clonagem reprodutiva e

a terapêutica. Na clonagem reprodutiva, o núcleo de uma célula somática é removido e inserido em um óvulo anucleado, que dará origem ao embrião. Este, por sua vez, será introduzido no útero, onde ocorrerá o seu desenvolvimento. Na terapêutica, por sua vez, ocorre igualmente a transferência do núcleo oriundo de uma célula somática para um óvulo anucleado, todavia, nesta modalidade, o embrião não é implantado no útero, tendo como utilidade a produção de células e tecidos ou órgãos *in vitro*, sendo geralmente aplicadas ao tratamento de doenças em que são utilizadas células novas a fim de que substituam as anteriores (REUSING, 2016).

Dentre os benefícios do uso das CTEs, podemos citar a clonagem terapêutica anteriormente destacada e a reprodução assistida a fim de solucionar problemas de infertilidade. Nessa direção, o diagnóstico genético pré-implantação possibilita a detecção de possíveis mutações que podem vir a ser manipuladas para se evitar o desenvolvimento de disfunções (ou doenças) no futuro indivíduo. Na esteira dos avanços relacionados à biotecnologia, podemos citar o advento do sistema CRISPR-Cas9, capaz de realizar edições de sequências de DNA em embriões humanos, apresentando, portanto, um importante potencial para cura de doenças genéticas, bem como a possibilidade de alterar características humanas. Todavia, os efeitos dessas alterações na espécie ainda não são integralmente conhecidos, por isso sua utilização vem recebendo inúmeras ressalvas. Além disso, o potencial de seleção de características que o método apresenta divide opiniões e questiona qual seria o limite entre a remoção de fatores hereditários indesejáveis e o condicionamento de características de interesse. Assim, enquanto a clonagem em sua modalidade não terapêutica não apresenta maiores questionamentos, a clonagem reprodutiva suscita graves entraves no que tange à instrumentalização do ser humano por considerá-la uma agressão à dignidade humana, na medida em que são formados indivíduos modificados geneticamente ou mesmo geneticamente idênticos (BARRETTO; LAUXEN, 2017).

Nesse contexto de franca evolução científica, questionamentos acerca dos limites éticos para a manipulação embrionária têm sido levantados à medida que a interferência humana tem se mostrado cada vez maior em temas sensíveis a interpretações morais e religiosas acerca

do poder sobre a vida. Temas como a definição para o início da vida e o direito da personalidade para o nascituro após o nascimento estão intimamente relacionados à discussão que envolve a engenharia genética e suas limitações éticas. Os avanços da engenharia genética e a sua aplicação na biotecnologia convergem para agudizar o questionamento do marco ideal para indicação do princípio da vida humana. As teorias relacionadas transitam pelas áreas científica, religiosa, social, filosófica e jurídica, apresentando, portanto, uma grande variabilidade de posicionamentos acerca de quando a vida tem início, se quando da nidação à parede uterina, do surgimento de células cardíacas ou nervosas diferenciadas (3^a a 4^a semanas) ou do desenvolvimento da capacidade pulmonar para vida extrauterina (24^a a 28^a semanas) (BARRETTO; LAUXEN, 2017). Sob o aspecto religioso, para a ciência cristã, não há marco inicial para a vida, pois esta é oriunda de Deus e, portanto, é eterna. Outras religiões como o Budismo Tibetano, o Catolicismo Romano, o Espiritismo, o Islamismo, o Judaísmo, as Testemunhas de Jeová, o Candomblé e a Umbanda acreditam que a concepção seja o marco inicial (BARRETTO; LAUXEN, 2017).

Nesse cenário de acelerado desenvolvimento e de potencial agressão à vida, conceitos como bioética e biodireito surgiram com o intuito de compreender, refletir e regular a produção científica relacionada à vida. A bioética, composta pelos princípios da autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, teve origem a partir da necessidade de refletir sobre as consequências futuras do desenvolvimento da ciência por meio do estudo da moralidade da conduta humana a fim de avaliar a sua licitude, aliada à possibilidade ética e científica. Por outro lado, o biodireito foi criado a fim de regular a convivência social por meio da adoção de valores da bioética e dos direitos fundamentais associados à proteção à vida e à dignidade. Assim, ele consiste na transferência do conceito bioético à esfera jurídica (GERALDO, 2016), transitando entre o não engessamento do desenvolvimento científico e a proteção de valores morais presentes na sociedade (CATÃO, 2018). Entretanto, o biodireito não deve ser confundido com a bioética, pois, enquanto esta se presta a refletir sobre a forma como os profissionais de saúde interagem com os pacientes, o biodireito se concentra em perceber, compreender e regular as atividades humanas capazes de alterar a vida (GERALDO, 2016).

Dentre as incongruências presentes nas legislações infraconstitucionais brasileiras, o Código Civil Brasileiro diz que a personalidade se inicia ao nascimento com vida (teoria natalista), enquanto os direitos do nascituro têm início no momento da concepção (teoria concepcionista). Na prática, a proteção antes do nascimento é significativamente menor, mas se eleva à medida que se aproxima do parto (CATÃO, 2018). Por outro lado, a teoria da nidação, bastante defendida por pesquisadores, considera que o início da vida se dá com a fixação do embrião à parede uterina (TIETZ; MARTINELLI, 2017), o que geralmente ocorre até 14 dias após a fertilização.

A atuação do biodireito com relação à utilização das células-tronco embrionárias é regulada atualmente pela Lei nº 11.105/05 (Lei de Biossegurança) (BRASIL, 2005), após a revogação da Lei nº 8.974/95. Embora tenha sido objeto da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3510 (BRASIL, 2008), sobretudo no que diz respeito ao prazo de criopreservação e definição do marco inicial da vida, além do fato de existirem métodos terapêuticos alternativos, a lei permite, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de células-tronco provenientes de embriões humanos produzidos por fertilização *in vitro* consideradas inviáveis ou criopreservadas por mais de três anos (BARRETTO; LAUXEN, 2017). Além disso, faz-se necessário o consentimento dos genitores e é vedada a comercialização dos embriões (CATÃO, 2018). Todavia, a clonagem permanece judicialmente vedada, caracteriza crime e é passível de punição – com pena de reclusão e multa (CATÃO, 2018).

Em termos práticos, tem sido comum a aprovação de estudos com células-tronco, sendo permitida a extração dessas células com o limite de 14 dias após a fecundação, tempo considerado necessário para conversão de pré-embrião em embrião. Entretanto, ainda acerca da regulamentação, é válido registrar que atualmente há um projeto de lei em tramitação, o PL 299/2021 (BRASIL, 2021), que propõe a alteração das condições de uso das células-tronco embrionárias. Sua redação visa a proibição de qualquer forma de manipulação experimental, comercialização e descarte de embriões humanos, o que, caso sancionado, provocará uma profunda alteração no cenário jurídico e científico relacionado à questão.

Comparando o regramento atualmente vigente em nosso país com os de outros países, podemos perceber algumas diferenças: ao

contrário do praticado por nossa legislação, a maior parte dos países divide os embriões entre os congelados remanescentes de projetos reprodutivos e aqueles destinados exclusivamente às pesquisas, sendo os estudos com esses embriões proibidos. Por exemplo, Portugal estabeleceu que os embriões remanescentes de fertilização *in vitro* que tivessem como destino o descarte, indiferentemente ao tempo em que estivessem congelados, poderiam ser destinados a estudos científicos. Por outro lado, nossa lei de biossegurança usou como parâmetro para autorização o tempo de congelamento para os embriões já congelados na data da sua publicação e ainda promoveu a criação de uma nova categorização para os embriões, até então ausente na legislação internacional comparada: os embriões inviáveis, com os quais a pesquisa e a terapia também estariam permitidas.

Comentário do especialista¹³

Como discutido anteriormente, as principais barreiras do uso de células-tronco embrionárias referem-se a questões éticas e jurídicas. Isso restringe o uso de embriões humanos como fonte de células-tronco basicamente àqueles produzidos por fertilização *in vitro*, com menos de 14 dias de fecundação, porém considerados inviáveis para implantação ou com pelo menos três anos de criopreservação. Tais restrições limitam grandemente o potencial uso das células-tronco embrionárias a intervenções terapêuticas como regeneração tecidual, por exemplo. Além das barreiras éticas e jurídicas, questões inerentes à biologia e fisiologia das CTEs representam um fator adicional limitante ao uso terapêutico dessas células, uma vez que podem resultar num desfecho indesejável da intervenção terapêutica. Tais questões referem-se particularmente à capacidade proliferativa indefinida e pluripotência única das CTEs, as quais, apesar de serem características diretamente aplicadas ao seu uso terapêutico, se não forem devidamente controladas, podem desencadear processos adversos no organismo receptor, incluindo tumorigênese, instabilidade genômica e rejeição imunológica (CHEN *et al.*, 2019).

Alguns avanços obtidos nas últimas décadas, em particular no campo da Biologia Celular, criaram um cenário científico que vem contribuindo para superar as barreiras éticas, jurídicas e biológicas do uso

das CTEs com fins terapêuticos e de pesquisa. O marco principal desses avanços foi sem dúvida o êxito no cultivo permanente de células-tronco embrionárias humanas – CTEh, derivadas de blastocistos, alcançadas pelo Dr. James Thomson e sua equipe, ainda nos anos 1998 (THOMSON *et al.*, 1998). Apesar de ser vinculado à Universidade de Wisconsin, Dr. Thomson desenvolveu toda a tecnologia para a derivação e o cultivo das primeiras linhagens de CTEh em um laboratório instalado fora do campus e financiado por uma empresa privada, uma vez que a legislação americana não permitia o uso de verbas públicas para financiar pesquisas com células ou tecidos derivados de embriões.

Somente em 2010, mais de uma década depois da publicação do trabalho de Thomson, o uso e a comercialização dessas linhagens de CTEh foram autorizados pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos – NIH. Desde então, a tecnologia desenvolvida por Thomson foi utilizada e aprimorada por outros pesquisadores ao redor do mundo, o que resultou no desenvolvimento e na disponibilização das dezenas de diferentes linhagens de CTEh que hoje são legalmente comercializadas. Com isso, atualmente os pesquisadores podem facilmente comprar e manter essas células crescendo em seus laboratórios. Tal facilidade abriu espaço para o desenvolvimento de um leque infindável de pesquisas que têm contribuído para o melhor entendimento e controle das funcionalidades das células-tronco e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de abordagens mais efetivas e seguras aplicadas ao seu uso terapêutico.

Um dos avanços possibilitados pelo domínio do cultivo de CTEs em laboratório e que contribuiu para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas promissoras foi a identificação e caracterização de vesículas extracelulares – VEs secretadas por essas células. VEs são vesículas membranosas limitadas por uma bicamada lipídica, liberadas por praticamente todas as células de organismos multicelulares, incluindo células-tronco, no espaço extracelular (PENG *et al.*, 2018; ZHANG *et al.*, 2019). A depender do tamanho, as VEs podem ser classificadas como microvesículas – MVs, cujo diâmetro varia de 100 a 1000 nm, ou exossomos – EXOs, que variam de 20 a 120 nm (PENG *et al.*, 2018).

Uma vez secretadas, essas vesículas podem se fundir com a membrana de vários tipos de células ou serem fagocitadas por elas, resultando na liberação de seu conteúdo luminal no citosol dessas células-alvo.

Nos processos envolvendo a fusão de membranas, além da liberação intracelular de moléculas bioativas incluindo proteínas, mRNAs e micro RNAs, a incorporação de fragmentos de membrana da célula produtora das vesículas com a membrana da célula receptora pode resultar também na transferência de receptores e outros marcadores. Assim, tendo em vista a natureza de seu conteúdo, as VEs representam potentes agentes de transferência de informação genética e elementos de sinalização celular, tendo assim a capacidade de modular e até restabelecer as funções das células receptoras.

O potencial uso terapêutico das vesículas secretadas pelas CTEh para regeneração tecidual em doenças degenerativas de vários órgãos como rins (YU *et al.*, 2021; QUAGLIA *et al.*, 2022), fígado (CERNIGLIARO *et al.*, 2020), pulmão (YANG *et al.*, 2022) e coração (WU *et al.*, 2020) vem sendo demonstrado nos últimos anos. O sucesso da terapia envolvendo vesículas extracelulares deve-se principalmente ao fato de que ela não envolve o transplante de células doadoras. Em vez disso, as MVs e os exossomos são geralmente purificados do sobrenadante de culturas de células-tronco embrionárias humanas e administrados por meio de terapia intravenosa ou injeção direta na área de tratamento. Assim, uma vez que o processo de produção e purificação das VEs ocorre *in vitro*, é possível se ter um maior controle do seu conteúdo, o que torna esse tipo de intervenção mais seguro no sentido de reduzir a quase zero a chance de produzir efeitos indesejados no tecido receptor, como instabilidade genética e tumorigênese. Além disso, o fato de as VEs utilizadas não serem originadas de CTEs obtidas de embriões humanos possibilita a implementação dessa terapia sem as limitações impostas pela lei, pela ética ou mesmo pela religião, não somente para a regeneração tecidual, mas para uma variedade de outras aplicações que incluem a terapia contra o câncer e o controle de doenças infecciosas.

Apesar das divergências, alguns países buscam formas de viabilizar o uso de células-tronco embrionárias respeitando questões éticas e religiosas. A exemplo disso, Israel, mesmo se tratando de um país não laico e marcado por decisões fundamentadas em valores religiosos, experimentou a formulação de uma regulamentação liberal, apesar dos intensos conflitos entre igreja e cientistas (TIETZ; MARTINELLI, 2017). Nesse contexto, em favor da defesa aos valores e à cultura de um povo,

a lei precisa regular os comportamentos para que não haja excessos, devendo haver razoabilidade para as pesquisas com células-tronco com garantia da proteção à vida e à dignidade humanas. De modo geral, posições em extremos não são benéficas e, neste caso, podem resultar tanto em graves reduções do desenvolvimento científico quanto em perdas para a vida humana (CATÃO, 2018).

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. D.; ANDRADE, S. P. Uso de Células-Tronco fetais no tratamento da leucemia. **Scire Salutis**, v. 7, n 2, p. 74-82, 2017. DOI: 10.6008/SPC2236-9600.2017.002.0009.

BARRETTO, V. P.; LAUXEN, E. C. U. O marco inicial da vida humana: perspectivas ético-jurídicas no contexto dos avanços biotecnológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00071816, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00071816.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 299, de 08 de fevereiro de 2021. **Dá nova redação ao artigo 5º da Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005, a fim de proibir qualquer forma de manipulação experimental, comercialização e descarte de embriões humanos**. Projeto de Lei 299/2021. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2269522>. Acesso em: 17 set. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação direta de inconstitucionalidade nº 3510/DF – Distrito Federal. Relator: Ministro Ayres Britto. **Pesquisa de Jurisprudência**, Acórdãos, 29 maio 2008. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp>. Acesso em: 17 set. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005. **Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB, revoga a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências. Lei Nº 11.105, de 24 de março de 2005**. Brasília, DF, 24 mar. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111105.htm. Acesso em: 17 set. 2022.

CATÃO, N. L. A utilização de células-tronco embrionárias para fins terapêuticos: a questão das sobras embrionárias e da clonagem terapêutica diante dos direitos fundamentais. **Revista da Esmal**, n. 2, 2018.

CERNIGLIARO, V. *et al.* Evolving Cell-Based and Cell-Free Clinical Strategies for Treating Severe Human Liver Diseases. **Cells**, v. 9, n. 2, p. E386, 7 fev. 2020. DOI: 10.3390/cells9020386.

CHEN, B. *et al.* Human embryonic stem cell-derived exosomes promote pressure ulcer healing in aged mice by rejuvenating senescent endothelial cells. **Stem Cell Research & Therapy**, v. 10, n. 1, p. 142, 21 maio 2019. DOI: 10.1186/s13287-019-1253-6.

GERALDO, J. **A reprodução humana assistida, à luz da bioética e do biodireito: o direito a origem genética x o direito a intimidade do doador.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Faculdade do Norte Novo de Apucarana – Facnopar. Apucarana, Paraná, 2016.

MACHADO, R. N. Produtividade científica brasileira na área de células-tronco (2001-2019). **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 19, p. e021003-e021003, 2021. DOI: 10.20396/rdbci.v19i00.8662072.

PENG, Y. *et al.* Human embryonic stem cells extracellular vesicles and their effects on immortalized human retinal Müller cells. **PloS One**, v. 13, n. 3, p. e0194004, 2018. DOI: 10.1371/journal.pone.0194004.

QUAGLIA, M. *et al.* Extracellular Vesicles Released from Stem Cells as a New Therapeutic Strategy for Primary and Secondary Glomerulonephritis. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 23, n. 10, p. 5760, 20 maio 2022. DOI: 10.3390/ijms23105760.

REUSING, L. O crime de utilização ilegal de células-tronco embrionárias. **Revista Aporia Jurídica**, v. 1, n. 3, 2016. ISSN 2358-5056. Disponível em: <http://www.cescaje.com.br/revistas/index.php/aporiajuridica/article/view/19>. Acesso em: 15 jan. 2020.

THOMSON, J. A. *et al.* Embryonic stem cell lines derived from human blastocysts. **Science** (New York, NY), v. 282, n. 5391, p. 1145–1147, 6 nov. 1998. DOI: 10.1126/science.282.5391.1145.

TIETZ, J. F.; MARTINELLI, J. S. A vida em relação às pesquisas com células-tronco embrionárias sob o véu da constituição brasileira. **Etic - Encontro de Iniciação Científica**, v. 13, n. 13, 2017. ISSN 21-76-8498. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/6185>. Acesso em: 16 jan. 2020.

VIEIRA, S. S. *et al.* A ética nas pesquisas com célula-tronco embrionárias no Brasil: Uma revisão bibliográfica. **Revista de Iniciação Científica da ULBRA**, n. 14, 2016. Disponível em: <http://posgrad.ulbra.br/periodicos/index.php/ic/article/view/1819>. Acesso em: 15 jan. 2020.

WU, Q. *et al.* Extracellular vesicles from human embryonic stem cell-derived cardiovascular progenitor cells promote cardiac infarct healing through

reducing cardiomyocyte death and promoting angiogenesis. **Cell Death & Disease**, v. 11, n. 5, p. 354, 11 maio 2020. DOI: 10.1038/s41419-020-2508-y.

YANG, S. *et al.* Every road leads to Rome: therapeutic effect and mechanism of the extracellular vesicles of human embryonic stem cell-derived immune and matrix regulatory cells administered to mouse models of pulmonary fibrosis through different routes. **Stem Cell Research & Therapy**, v. 13, n. 1, p. 163, 12 abr. 2022. DOI: 10.1186/s13287-022-02839-7.

YU, L. *et al.* Embryonic stem cell-derived extracellular vesicles promote the recovery of kidney injury. **Stem Cell Research & Therapy**, v. 12, n. 1, p. 379, 2 jul. 2021. DOI: 10.1186/s13287-021-02460-0.

ZHANG, Y. *et al.* Exosomes: biogenesis, biologic function and clinical potential. **Cell & Bioscience**, v. 9, n. 1, p. 1-18, dez. 2019. DOI : 10.1186/s13578-019-0282-2.

ZORZANELLI, R. T. *et al.* Pesquisa com células-tronco no Brasil: a produção de um novo campo científico. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 129-144, jan./mar. 2017. DOI: 10.1590/S0104-59702016005000026.

Diagnóstico genético pré-implantacional

Rondinely Fernandes Damasceno¹⁴

Victor Bruno Andrade das Graças¹⁴

Paulo César de Andrade Gomes¹⁵

Os avanços científicos no campo da genética e Reprodução Humana Assistida – RHA permitiram o conhecimento das relações entre o arcabouço genético de um indivíduo com suas respectivas características fenotípicas. Com o estudo do DNA de um embrião, é possível prever tendências de comportamento na vida adulta, probabilidade de doenças genéticas, sexo e até a aparência física. Mesmo sendo escolhas possíveis com a tecnologia atual, ainda são discutidos quais os limites levando-se em conta a questão ética (RODRIGUES; LOPES, 2016).

O diagnóstico genético pré-implantacional – DGPI, cuja sigla em inglês é PGD, consiste numa técnica de análise, mediante biópsia, dos embriões concebidos por um casal. A sua finalidade é promover a gestação em casais com problemas de esterilidade ou infertilidade, podendo ser precedido por uma fertilização *in vitro* – FIV ou por injeção intracitoplasmática de espermatozoides, para então, junto a uma equipe especializada, escolher os embriões salutaros, isto é, aqueles que não possuam doenças genéticas e que tragam uma maior probabilidade de vir a nascer. Assim, o PGD consiste na escolha deliberada de qual embrião será posto no útero da mulher após serem conhecidas suas características genéticas, aumentando a eficiência de a FIV ser bem-sucedida (POMPEU; VERZELETTI, 2015; PIZZADO *et al.*, 2016).

14 Graduados em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

15 Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe (1976), especialização em Ginecologia e Obstetrícia pelo Conselho Regional de Medicina de Sergipe (2003), mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe (2012) e Residência Médica pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (1993). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Ginecologia e Obstetrícia.

Os autores citados, em seus artigos de revisão, mostram que a biópsia do embrião pode se dar em diferentes estágios, tendo diferentes implicações, inclusive bioéticas. Em primeiro lugar, por ordem crescente de desenvolvimento, pode-se fazer a biópsia dos corpúsculos polares. Essas células representam pares meióticos dos óvulos fecundados, sendo assim não interferem no embrião em si, permitem apenas a análise do material genético embrionário que adveio da mãe. Depois, pode-se fazer a biópsia de blastômeros, no terceiro dia de desenvolvimento, ou de blastocistos, no quinto dia de desenvolvimento, em ambos os casos se biopsiam os embriões em si (PIZZADO *et al.*, 2016; GLEICHER; ORVIETO, 2017; CONTI; SOUZA, 2018).

Portanto, fica claro que se deve preferir a primeira técnica em casos de problemas unicamente maternos, sendo indicada para mães com idade avançada, por exemplo. No entanto, a análise apenas do corpúsculo polar não exclui todas as possibilidades de diagnóstico para as doenças genéticas, uma vez que ainda não se realizou a segunda divisão meiótica, sendo ainda possível a ocorrência de alterações (PIZZADO *et al.*, 2016; GLEICHER; ORVIETO, 2017; CONTI; SOUZA, 2018).

Uma importante questão ética que se poderia levantar é sobre o descarte de embriões. Na literatura, podemos ver que existem divergências e questões muitas vezes ainda sem uma resposta formal e aceita por toda a comunidade a respeito de questões como o valor da vida do embrião. De fato, não é permitido a ninguém ignorar o valor da vida humana e sua dignidade, afinal não é esse o princípio fundador da bioética e presente desde o Código de Nuremberg (PIZZADO *et al.*, 2016; RODRIGUES; LOPES, 2016). Apesar de não haver legislação no Brasil que regule a Reprodução Humana Assistida, há a Lei nº 9.623/2006, que regulamenta o planejamento familiar e em seu artigo 9º permite as técnicas de Reprodução Assistida. Foi no ano de 2008 que o Supremo Tribunal Federal – STF julgou um processo afirmando que o casal em questão, beneficiado pela Reprodução Humana Assistida, não tem o dever de implantar todos os embriões. Isso permite concluir que os ministros do STF não consideram os embriões humanos como vidas humanas. No entanto, a questão ainda está longe de acabar tanto jurídica quanto eticamente (BRASIL, 2008; RODRIGUES; LOPES, 2016).

Em relação ao seu histórico, os procedimentos de PGD em animais iniciaram-se na metade do século XX. Em humanos, a técnica obteve suas primeiras experiências bem-sucedidas apenas na década de 90, sendo usada, por exemplo, para evitar doenças genéticas ligadas ao cromossomo X. Outro aspecto a ser citado é o financeiro, já que, por ser uma técnica recente e que demanda alta tecnologia, a PGD possui um alto custo, estando seu uso limitado a classes sociais mais ricas (MAGALHÃES, 2017).

Outra questão importante e ainda mais específica ao diagnóstico genético pré-implantacional a saber é: até onde é permitido escolher os embriões? Neste ponto, questões cientificamente claras, como a alteração genética BRCA1, gene já conhecido por seu potencial cancerígeno desde a década de 1990, não entram na discussão (TAKOAKA; MIKI, 2018), mas uma grande questão levantada é a da eugenia, sendo que eticamente ela deve ser claramente vetada, e as características físicas ou mesmo o sexo do bebê não podem ser escolhidos, excetuando-se, no que tange ao sexo, os casos de heranças genéticas relativas aos cromossomos sexuais que podem vir a causar alguma síndrome (PIZZADO *et al.*, 2016; GLEICHER; ORVIETO, 2017; GUERRA; CARDIN, 2019).

No caso específico do Brasil, carecemos de legislação ou outras decisões jurídicas. O que há é uma resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM, a de nº 2.168/2017, segundo a qual o diagnóstico genético pré-implantacional é permitido, exceto para sexagem ou qualquer outra característica física do filho. No entanto, para a mesma resolução, o chamado bebê medicamento é permitido (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017; GUERRA; CARDIN, 2019).

Chamam de bebê medicamento a seguinte e nevrálgica questão: um casal tem um primeiro filho, provavelmente através de Reprodução Assistida, uma vez que o hipotético casal sofre com infertilidade, sendo inclusive provável que tenham lançado mão do diagnóstico genético pré-implantacional, uma vez que possuíam uma grande carga gênica extremamente desfavorável. Finalmente, seu bebê nasce, porém ainda assim é possuidor de enfermidade genética crônica como talassemia menor, ou diversas outras. Agora o referido casal procura novamente a clínica de Reprodução Assistida para produzir e selecionar mais um, dentre tantos outros embriões (que serão descartados), com grandes

possibilidades de nascer, não possuidor de doença genética grave e que tenha o HLA (sistema de Antígenos Leucocitários Humanos) compatível com o irmão para assim poder ser doador de medula óssea ou de órgãos (GUERRA; CARDIN, 2019).

Diante disso, discutir a eticidade e a legalidade do “bebê medicamento”, o qual só se torna viável com o advento do diagnóstico genético pré-implantacional, mostra que tanto a proibição dessa prática quanto a sua legalização são defensáveis bioeticamente, além de já estarem em concordância com a resolução do CFM (CFM, 2017; GUERRA; CARDIN, 2019).

Portanto, fica claro que a questão bioética do diagnóstico genético pré-implantacional é ainda controversa e envolve temas como eugenia e a própria coisificação da vida humana. Sem dúvida, o avanço técnico no campo da ginecologia e da Reprodução Assistida é mais veloz do que as reflexões éticas, podendo colocar o “carro na frente dos bois”. Uma discussão ampla e filosófica do valor da vida humana nunca foi tão urgente (GLEICHER; ORVIETO, 2017; CONTI; SOUZA, 2018; GUERRA; CARDIN, 2019).

Comentário do especialista¹⁵

A primeira reflexão se faz a respeito de quem tem direito à Reprodução Assistida e ao diagnóstico genético pré-implantacional, uma vez que essas metodologias não são amplamente empregadas na população em geral, privilegiando os mais abastados. O DGPI encontra diversas barreiras éticas, primeiro por impor um certo padrão de transferência, em que apenas aqueles que têm certas qualidades genéticas são aprovados e serão de fato transferidos. Se essa metodologia fosse utilizada apenas para excluir embriões que teriam menores chances de viabilidade, ainda poderiam ser encontrados certos pontos para discussão ética. “Quem tem a chance de viver” seria apenas uma das reflexões. Temas como “bebê medicamento” e RHA *post mortem* também são um ponto de discussão não só pela concepção em si, mas pelos direitos que o embrião e o futuro cidadão têm e terão não só diante de seus bens, mas de sua própria saúde e a de terceiros.

Com o advento do DGPI e seus avanços tecnológicos, é possível afastar uma verdadeira miríade de doenças, como a diminuição do risco de

diversos cânceres e inúmeras síndromes. Atualmente, no Brasil, a legislação proíbe a escolha do sexo do embrião, assim como o afastamento de características que não sejam de doenças. Mesmo que os países adotem essa medida, a possibilidade da realização de aborto seletivo pelas famílias faria com que os pais pudessem escolher características não relacionadas com saúde, fazendo com que, por exemplo, em países ou culturas que valorizem mais a figura masculina aconteça a escolha da manutenção da gravidez dessa população em detrimento dos indivíduos femininos.

A permissão ou não do Estado acerca de certas características do conceito não finaliza a discussão, pois as normas e decisões da família, junto das brechas legais, ou dentro da perspectiva da ilegalidade, podem fazer com que o indivíduo tenha características escolhidas a dedo pelos genitores. Com o avanço da medicina e de técnicas preditoras de diversas características genéticas e até mesmo fenotípicas, como serão os bebês do futuro? Terão olhos e narizes definidos na barriga materna? Terá direito a um QI mais alto que os demais? Estaremos nós participando de um processo de eugenia mascarada? Esse debate não é algo apenas teórico e para ser realizado no futuro, precisa de uma séria discussão para o tempo atual e não só restrita dentro da medicina.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADI 3.510**. Relator: Min. Ayres Britto. Brasília, DF, 29 de maio de 2008. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=89917&ori=1>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.168/2017**. 2017. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- CONTI, P. H. B.; SOUZA, P. V. S. A diversidade genética humana na era dos diagnósticos genéticos: aspectos bioéticos e da proteção de bens jurídico-penais supraindividuais. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, n. 150, p. 77-118, 2018.
- GLEICHER, N.; ORVIETO, R. Is the hypothesis of preimplantation genetic screening (PGS) still supportable? A review. **Journal of ovarian research**, v. 10, n. 1, p. 1-7, 2017. DOI: 10.1186/s13048-017-0318-3.
- GUERRA, M. G. R. M.; CARDIN, V. S. G. Do diagnóstico genético pré-implantacional para a seleção de embriões com fins terapêuticos: uma análise do

bebe-medicamento. **Revista da Faculdade de Direito da UERJ**, n. 35, p. 60-78, 2019. DOI: 10.12957/rfd.2019.22458.

MAGALHÃES, J. S. B. A importância do diagnóstico pré-implantacional em embriões para fertilização *in vitro*. **Revista de Trabalhos Acadêmicos da FAM**, v. 2, n. 1, 2017.

PIZZATO, B. R. *et al.* Revisão das técnicas de biologia molecular aplicadas no diagnóstico genético pré-implantacional e uma reflexão ética. **Revista Reprodução & Climatério**, v. 32, n. 1, p. 7-14, 2017. DOI: 10.1016/j.recli.2016.10.001.

POMPEU, T. N.; VERZELETTI, F. B. Diagnóstico genético pré-implantacional e sua aplicação na reprodução humana assistida. **Reprodução & Climatério**, v. 30, n. 2, p. 83-89, 2015. DOI: 10.1016/j.recli.2015.09.001.

RODRIGUES, M. T.; LOPES, D. F. G. Diagnóstico genético de pré-implantação: reflexão à luz da discriminação genética. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, v. 10, n. 35, p. 127-147, 2016. DOI: 10.30899/dfj.v10i35.97.

TAKAOKA, M.; MIKI, Y. BRCA1 gene: function and deficiency. **International journal of clinical oncology**, v. 23, n. 1, p. 36-44, 2018. DOI: 10.1007/s10147-017-1182-2.

A habilidade de comunicação na pediatria

Izabella Oliveira Costa¹⁶

Oswaldo Alves de Menezes Neto¹⁷

Dentre as qualidades essenciais que a boa prática da medicina exige, encontram-se as habilidades de comunicação. No contexto pediátrico, essas habilidades desempenham uma importância ainda maior devido à dificuldade representada pela presença de um terceiro elemento na relação médico-paciente, compondo, assim, a tríade paciente-acompanhante-pediatra. A comunicação na pediatria deve ser pautada pela interpessoalidade e pela capacidade de envolvimento tanto da criança como de seu cuidador em todas as etapas do tratamento (MÄRGINEAN *et al.*, 2017).

O sucesso da relação médico-paciente-cuidador influencia no desfecho clínico do paciente, pois a coparticipação e a adesão ao tratamento acontecem quando há confiança e segurança no atendimento, possibilitando coleta mais acurada da história clínica e de informações relevantes, melhor compreensão da doença e redução de ansiedade e de sofrimento experimentados pelas crianças e suas famílias (FERACO *et al.*, 2016; MÄRGINEAN *et al.*, 2017). Por outro lado, uma comunicação ineficiente associa-se a incompreensões, receios, conflitos éticos e, até mesmo, processos judiciais contra os médicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

A comunicação deve ser feita de forma apropriada ao revelar as informações que o paciente e seu responsável precisam saber, sendo

16 Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

17 Médico pela Universidade Federal de Sergipe. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe. Residência Médica em Pediatria, Cancerologia, Hematologia e Hemoterapia Pediátrica na Universidade de São Paulo – USP/FMRP. Professor assistente de Pediatria (Oncologia e Hematologia Pediátrica) da Universidade Federal de Sergipe.

função do médico garantir que essas informações sejam compreendidas pela família e considerar os aspectos socioeconômicos que podem se apresentar como barreiras ao entendimento (CRUZ; RIERA, 2016; MĂRGINEAN *et al.*, 2017). A baixa escolaridade do responsável dificulta o diálogo e a compreensão do problema, que envolve o diagnóstico, o tratamento, as complicações e a carga emocional da própria doença, podendo, assim, interferir no sucesso do plano terapêutico caso esse obstáculo não seja superado pelo médico (AFONSO; MINAYO, 2017).

Na esfera bioética, o aprimoramento da comunicação em forma de diálogo deve integrar as boas práticas em saúde e tem como principal dilema o respeito à autonomia do paciente versus a não maleficência, principalmente quando se trata da comunicação de más notícias (AFONSO; MINAYO, 2017; SBP, 2018).

Do ponto de vista legal, o Código de Ética Médica, proposto pela Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e nº 2.226/2019, em seu capítulo V, artigo 34, assegura o direito do paciente de adquirir conhecimento da sua condição, com a ressalva de essa informação ser comunicada ao seu representante legal quando ela for prejudicial ao paciente.

É vedado ao médico:

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

É importante destacar que a criança também deve estar ciente, na medida do possível, da sua condição e da terapêutica à qual será submetida (MĂRGINEAN *et al.*, 2017). O pediatra deve adequar o diálogo de acordo com a idade do paciente, reconhecer a complexidade dessa comunicação, influenciada pelo estágio de desenvolvimento e pela cognição e entender realmente a criança como paciente, valorizando as particularidades dessa relação (TEH *et al.*, 2020).

Na ocasião do atendimento pediátrico, a incoerência entre a comunicação verbal (palavras) e a comunicação não verbal (linguagem corporal, expressões faciais, atitudes, gestos) indica uma comunicação

ineficiente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018). O uso de perguntas abertas, associado à comunicação não verbal eficaz e à ausência de interrupções, possibilita a expressão de sentimentos, inquietações, crenças e opiniões do paciente e dos cuidadores, gerando mais confiança e estabelecendo uma melhor relação médico-paciente-família (FERACO *et al.*, 2016; MĂRGINEAN *et al.*, 2017).

As habilidades de comunicação requerem conhecimentos e atitudes que englobam os tipos de comunicação de forma coerente, como, por exemplo, a identificação e valorização de sinais afetivos para reconhecer e responder de acordo com as emoções existentes. Inconsistência nesse tipo de competência pode se apresentar como déficit na comunicação, embora o foco na construção dessas habilidades durante a formação profissional seja insuficiente (FERACO *et al.*, 2016).

Em estudo feito por Teh *et al.* (2020), os indivíduos que tinham experiências profissionais prévias com crianças relataram níveis de confiança significativamente mais altos em comparação com aqueles que não tinham no que se refere à comunicação verbal, à interação física, à realização de perguntas sensíveis e à explicação do manejo médico para as crianças. Supõe-se que as pessoas com esse tipo de experiência estão mais preparadas e capacitadas com as habilidades verbais e não verbais necessárias para um bom atendimento (TEH *et al.*, 2020).

O médico também deve estar atento ao uso cada vez mais frequente de outras fontes de informação pelos pais e acompanhantes, pois não é incomum nas consultas médicas o profissional ter suas impressões diagnósticas e orientações confrontadas com informações advindas de vivências pessoais maternas e experiências compartilhadas por outras mulheres através de grupos virtuais, por exemplo (CARVALHO; MARTINS, 2016). Convém destacar que a falta de autoconfiança na comunicação por parte do pediatra pode prejudicar a compreensão do paciente e sua família acerca da situação, podendo, inclusive, influenciar na capacidade dos médicos de se envolverem no compartilhamento de decisões (TEH *et al.*, 2020). Como estratégia para contornar essa situação e ter mais êxito no seu trabalho, o pediatra deve não só entender que a decisão acerca do cuidado da criança é uma soma entre suas orientações e as experiências parentais, especialmente as maternas, mas também valorizar o empoderamento materno, reconhecendo a

sua importância para o exercício da maternidade atenta ao cuidado da criança (CARVALHO; MARTINS, 2016).

Não apenas no cenário pediátrico, mas na prática médica geral, um dos maiores desafios é a comunicação de más notícias, uma vez que a competência técnica dá espaço às emoções, as quais se apresentam como um conjunto de aspectos fisiológicos, psicológicos e sociológicos, muitas vezes conflitantes com a distância afetiva frequentemente presente na prática clínica (AFONSO; MINAYO, 2017; MĂRGINEAN *et al.*, 2017). Nesse sentido, a qualificação em relacionamentos interpessoais e habilidades emocionais, com demonstração de empatia, disponibilidade e atenção, é fundamental para um bom acolhimento e uma boa percepção das necessidades e reações do paciente e de sua família às situações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018). O impacto da má notícia é atenuado quando esta é dada de forma adequada e cuidadosa, na companhia de um familiar, em local apropriado e num contexto de disponibilidade do pediatra (AFONSO; MINAYO, 2017). O protocolo SPIKES é uma das ferramentas disponíveis para o aprimoramento da comunicação de más notícias, tendo sido desenvolvido, inicialmente, para os pacientes com câncer, e consiste em seis passos que viabilizam uma comunicação clara e aberta, proporcionando maior confiança e segurança ao médico na transmissão da informação: planejamento e preparação do ambiente, perceber o quê e até onde os pacientes desejam mais informações, convidar o paciente para o diálogo, informar, cuidar das emoções dos pacientes e propor estratégias (BAILE *et al.*, 2000; CRUZ; RIERA, 2016).

É evidente que a comunicação se caracteriza como um importante instrumento terapêutico pelo favorecimento do contato pessoal, viabilizando o êxito da relação médico-paciente-cuidador (AFONSO; MINAYO, 2017). No entanto, apesar de essencial na especialidade e na própria medicina, a habilidade em comunicação permanece um desafio e não é abordada sistematicamente, sendo frequentemente negligenciada nas universidades médicas, e, dessa forma, o estudante apenas repete modelos executados pelos preceptores (AFONSO; MINAYO, 2017; MĂRGINEAN *et al.*, 2017). O aprendizado das habilidades de comunicação ocorre informalmente, com a prática clínica, por meio de técnicas de tentativa e erro, sem reflexões sistemáticas e regulares, o que aponta

para a necessidade de uma aptidão pessoal que permita a aquisição dessas competências de forma espontânea (FERACO *et al.*, 2016; AFONSO; MINAYO, 2017).

De acordo com Feraco *et al.* (2016), o desenvolvimento do corpo docente é a chave para o sucesso de um projeto de capacitações em habilidades de comunicação. A participação em treinamentos intensivos de comunicação capacita os profissionais com habilidades menos consistentes, assim como a falta desses treinamentos pode perpetuar a confiança superestimada em habilidades pouco sólidas, que muitas vezes não atendem às necessidades apresentadas pelas crianças e seus responsáveis (FERACO *et al.*, 2016).

Diante disso, ressalta-se a existência de lacunas no ensino das habilidades de comunicação, apesar da relevância científica, profissional e social da comunicação na área da saúde, uma vez que o aprendizado de uma forma humanista de comunicar as más notícias, por exemplo, é indispensável na formação do bom profissional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018). É perceptível a necessidade de domínio dessas habilidades pelo médico, sendo a comunicação essencial para uma prática médica de alta qualidade e uma boa relação médico-paciente-cuidador no contexto pediátrico (AFONSO; MINAYO, 2017).

Comentário do especialista¹⁷

Na prática médica diária com crianças, somos responsáveis e devemos nos esforçar para que a comunicação seja efetiva. O entendimento das informações deve ser sempre confirmado, pois muitas vezes a ansiedade, o medo e a insegurança familiares fazem com que muitas informações não sejam absorvidas. Um ponto diferente na prática pediátrica é que temos de lembrar que a criança é o ser ativo do seu tratamento e deve receber as orientações e participar da consulta. Elas, ao se sentirem responsáveis pelo seu corpo, podem ajudar com melhor adesão ao tratamento e maior entendimento das limitações, riscos e cuidados trazidos pela condição patológica.

Para uma comunicação efetiva na prática pediátrica, temos os pais e filhos que podem necessitar de formas diferentes de comunicação. A conversa tem de atingir todos os envolvidos, e assim, muitas vezes,

temos de modificar técnicas, contextos, linguagem e até o comportamento. O lúdico, animais de estimação, super-heróis, brinquedos servem como figuras de comparação e ajuda para o entendimento da informação que se quer passar. As crianças e os adolescentes merecem atenção especial na comunicação e no entendimento, principalmente ao serem submetidos a procedimentos dolorosos ou quando existe a necessidade de limitação de atividades diárias (escolares, lazer).

Na transição, temos os adolescentes, que, comparados com as crianças, compreendem melhor as informações, contudo necessitam de igual atenção. Em consultas individuais, precisamos ter uma relação médico-paciente de confiança para que informações importantes não sejam omitidas por medo de opressão ou discriminação.

Enfim, a comunicação na relação médico-paciente-cuidador deve englobar todos os sujeitos envolvidos. Devemos utilizar técnicas variadas, nos esforçar e certificar de que as informações foram entendidas corretamente por todos.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, S. B. C.; MINAYO, M. C. S. Relações entre oncohematopediatras, mães e crianças na comunicação de notícias difíceis. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 53-62, jan. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017221.14592016.
- BAILE, W. F. *et al.* SPIKES — a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **The oncologist**, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 302-311, 1o ago. 2000. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217, de 22 de setembro de 2018, modificada pelas **Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 3 fev. 2022
- CARVALHO, S.; MARTINS, J. As relações da família com os pediatras: as visões maternas. **Revista Paulista de Pediatria**, [S. l.], v. 34, n. 3, p. 330-335, set. 2016. DOI: 10.1016/j.rppede.2016.03.015.
- CRUZ, C. O.; RIERA, R. Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. **Diagn. tratamento**, [S. l.], p. 106-108, 2016. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf. Acesso em: 2 fev. 2022.
- FERACO, A. M. *et al.* Communication skills training in pediatric oncology: moving beyond role modeling. **Pediatric blood & cancer**, [S. l.], v. 63, n. 6, p. 966-972, 29 jan. 2016. DOI: 10.1002/pbc.25918.

MĂRGINEAN, C. O. *et al.* Communication skills in pediatrics – the relationship between pediatrician and child. **Medicine**, [S. l.], v. 96, n. 43, out. 2017. DOI: 10.1097/md.00000000000008399.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **É possível comunicar notícias difíceis sem Iatrogenia?** Departamento Científico de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos, SBP, 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20291d-DocCient_-_E_possivel_comunicar_noticias_sem_iatrogenia.pdf. Acesso em: 2 fev. 2022.

TEH, J. J. *et al.* Self-perceived confidence of medical students communicating with pediatric patients in a 7-week pediatric placement: a pilot survey. **Advances in medical education and practice**, [S. l.], v. 11, p. 163-169, fev. 2020. DOI: 10.2147/amep.s234856.

Habilidades de comunicação e senilidade

João Pedro Nascimento de Abreu Oliveira¹⁸

Rivia Siqueira Amorim¹⁹

A comunicação, na relação entre o médico e seu paciente, é um pilar no cuidado a ser prestado. Tanto pela comunicação verbal quanto pela não verbal, o paciente expressa seus sintomas, mas também suas preocupações, seus medos e suas expectativas. Para estabelecer uma boa comunicação, o médico deve priorizar a escuta atenta e a visão holística de seu paciente, estando inserido no seu contexto social e familiar e considerando seus aspectos psicológicos (SILVA *et al.*, 2017; VOGEL; MEYER; HARENDZA, 2018; MOURA *et al.*, 2019).

Espera-se das escolas médicas que ofereçam uma formação técnica adequada, mas também humanizada, crítica e reflexiva, para que os alunos, ao se formarem, estejam aptos a atuar pautados em princípios éticos nos diferentes níveis de atenção – da promoção de saúde à reabilitação. Para tal, é necessário o desenvolvimento de habilidades de comunicação pelos alunos para que sejam capazes de estabelecer vínculo com o paciente, compreender sua história, e juntos decidirem o caminho a ser tomado em seu tratamento (ROBERTS *et al.*, 2018; VOGEL; MEYER; HARENDZA, 2018).

Em se tratando de habilidades de comunicação com o paciente idoso, o médico deve lançar mão, marcadamente, da empatia, da tomada de decisões compartilhadas e da preservação da dignidade e do respeito.

18 Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

19 Médica pela Universidade Federal de Sergipe – UFS. Especialista em Clínica Médica pelo Hospital Universitário da UFS – HU-UFS. Especialista em Geriatria pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP-USP. Doutorado pelo Programa de Clínica Médica da FMRP-USP.

Faz-se necessário lembrar que o idoso pode ter maiores dificuldades no processo de comunicação por possíveis perdas auditivas, visuais e cognitivas, além da possível autopercepção de estigmatizado, marginalizado e sem poder de decisão, especialmente no contexto de saúde. Cabe ao médico estimulá-lo a participar das decisões, contribuindo no senso de controle de suas próprias vidas (TAMURA-LIS, 2017; ROBERTS *et al.*, 2018; VOGEL; MEYER; HARENDZA, 2018).

A solidão, definida como sentimento penoso, angustiante e desagradável que conduz ao mal-estar e ao sentimento de estar só, ainda que cercado de pessoas, é sentimento vivido por parte dos idosos. Impera o sentimento de falta de suporte, sobretudo afetivo. A institucionalização, o isolamento, o mau relacionamento intergeracional são fatores que podem desencadear o sentimento de solidão. Em contrapartida, passeios, convívios, atividades de lazer e lúdicas (dança, ginástica e trabalhos manuais), a presença de familiares e a boa relação intergeracional ajudam a atenuá-lo. O ato de ouvir, dentro dessa perspectiva de solidão, torna-se ainda mais importante. Por meio dele desenvolvem-se habilidades empáticas que auxiliam na capacidade de identificar, compreender e lidar com as emoções do outro e com as próprias emoções (AZEREDO; AFONSO, 2016; CLARO; MENDES, 2018).

No cenário de saúde, o envelhecimento, muitas vezes, traz consigo doenças crônico-degenerativas, e o curar abre espaço para o cuidar. Os processos de saúde e de doença são experienciais, ou seja, dependem de como são vividos por cada indivíduo. A fim de entender e interpretar o que vive o paciente, é preciso ouvir para só então ser movido a cuidar do paciente, facilitando ao médico uma melhor abordagem e tornando a medicina mais reflexiva e empática (TAMURA-LIS, 2017; CLARO; MENDES, 2018).

O cuidado centrado na pessoa aumenta sua participação e autonomia, sua satisfação e saúde. Nos idosos, tem papel ainda mais pronunciado: visa garantir independência, oferecer qualidade de vida e otimizar o processo de saúde deles. O êxito nesses objetivos depende da comunicação eficiente. Quando há ineficiência, geram-se dúvidas e sofrimentos desnecessários ao idoso. A comunicação eficiente envolve ouvir a história de vida do paciente. Ela trará conhecimento acerca de seu estilo de vida, sua saúde emocional, seus pontos fracos e fortes. Além disso, para

o idoso, o processo de lembrar é terapêutico: traz conforto e segurança e aumenta a autoestima, ajudando a aliviar sintomas depressivos, por exemplo (TAMURA-LIS, 2017).

O tratamento eficiente depende da adesão do enfermo a ele. Idosos, por suas múltiplas comorbidades, possuem diferentes prescrições e medicações. A adesão deles ao tratamento é associada a fatores inerentes ao paciente, por exemplo, nível educacional; à medicação, como custo; ao sistema de saúde, como o acesso à farmácia; e à relação médico-paciente. Portanto, habilidades de comunicação centradas no paciente permitem que eles entendam e atuem decisivamente nesses pontos, favorecendo a adesão à terapêutica (JIN; KIM; RHIE, 2016).

É por meio da comunicação que os profissionais podem realizar práticas de promoção de saúde direcionadas aos pacientes, identificando os fatores de risco e agravos à saúde da população. Foca-se no atendimento ao indivíduo por mecanismos que visem reduzir as situações de vulnerabilidade. Assim, através do autocuidado e da busca da autonomia, permite-se ao paciente alcançar maior qualidade de vida. Além disso, ouvir o paciente ajuda a compreender como é, sob sua perspectiva, o processo saúde-doença, criar uma relação mais empática, conhecê-lo e, assim, saber não só o que preocupa o paciente, mas também o que o motiva a cuidar de sua saúde. Por meio do estabelecimento de vínculo e da participação ativa do paciente, a educação em saúde torna-se veículo transformador de práticas e comportamentos individuais que trazem malefícios à saúde. Toma-se a direção, através do autocuidado, da busca por qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2017; TAMURA-LIS, 2017; CLARO; MENDES, 2018).

As escolas médicas, inseridas no campo da educação, têm a responsabilidade de ensinar e aprimorar as habilidades de comunicação e otimizar a relação médico-paciente. Atualmente, há várias estratégias de treinamento de habilidades de comunicação que, quando planejadas, fundamentadas e colocadas sob avaliação constante, obtêm êxito. Estratégias baseadas em simulação entre os próprios alunos sob tutoria; análises de vídeos com interações com pacientes; aulas e reflexões a respeito de habilidades de comunicação relacionadas ao atendimento integral à pessoa, essas propostas ajudam na análise das atitudes e dos comportamentos daqueles que proverão cuidado a fim de entender os

pontos a serem aprimorados. Esforços devem continuar sendo feitos no treinamento dos estudantes e profissionais na medicina centrada no paciente, em detrimento do modelo centrado na doença. A educação em medicina deve encorajar os alunos na valorização dos desejos do paciente por meio da escuta atenta a ele e do compartilhamento no processo de tomada de decisão. O profissional deve ser treinado e motivado às mudanças em sua prática clínica. Por fim, que por meio da educação e do treinamento em habilidades de comunicação, os profissionais – e os estudantes – passem a perceber a importância do processo de adoecimento, através da perspectiva do paciente, como um componente essencial na construção de uma relação de qualidade com este. A construção de uma boa relação passa pelo ouvir. A escuta atenta permite entender o outro e, ao entendê-lo, se consegue propor uma abordagem adequada às necessidades do paciente (SILVA *et al.*, 2017; CLARO; MENDES, 2018; O'BRIEN *et al.*, 2018; ROBERTS *et al.*, 2018; VOGEL; MEYER; HARENDZA, 2018; MOURA *et al.*, 2019).

Comentário da especialista¹⁹

A comunicação deve ser a principal técnica/ferramenta a ser utilizada nas práticas em saúde. Por meio de escuta ativa do paciente e de seus familiares, podemos descobrir os desejos, as culturas, os valores, as perspectivas e as expectativas e, dessa forma, podemos acessar o “outro”, no caso, o paciente, de maneira mais plena e eficaz. Escuta ativa não diz respeito apenas ao simples ato de ouvir, mas de escutar as falas e os gestos, que são falas corporais, para, a partir deles, fazer o planejamento de cuidados mais integrais, mais individualizados e com nível de satisfação maior daqueles que recebem esse cuidado.

O indivíduo idoso carrega uma história e estórias adquiridas com experiências vividas ao longo dos anos que, por si sós, representam o seu significado de vida e o seu sentido de existência. Não captar esse poder individual e único entre os seres em sua última fase de vida, tomo a liberdade de dizer, incorre em um dos erros mais graves que podemos cometer em nossa prática profissional.

Compreender as crenças, os valores, os desejos satisfeitos e os que não puderam ser atendidos e suas angústias e necessidades não compreendidas ao longo dos anos e as consequências de tais fatos, os

medos e as aflições frente a um novo diagnóstico em uma lista imensa de diagnósticos prévios, a marca de novos tratamentos e os efeitos que eles podem gerar em um corpo que está envelhecendo são ações primordiais para aqueles aos quais foram dadas as possibilidades do cuidar do sagrado do outro: a sua vida.

Desse modo, mais do que nunca, com o processo do envelhecimento populacional brasileiro, procuremos adquirir habilidades de comunicação em nossas instituições educacionais e, principalmente, que busquemos de forma individual o crescimento desta ferramenta, que nenhuma tecnologia, robô ou algo semelhante pode substituir: a comunicação técnica, empática, objetiva e eficaz nas profissões de saúde.

REFERÊNCIAS

AZEREDO, Z. A. S.; AFONSO, M. A. N. Solidão na perspectiva do idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 2, p. 313-324, mar./abr. 2016. DOI: 10.1590/1809-98232016019.150085.

CLARO, L. B. L.; MENDES, A. A. A. Uma experiência do uso de narrativas na formação de estudantes de Medicina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, p. 621-630, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622016.0850.

JIN, H.; KIM, Y.; RHIE, S. J. Factors affecting medication adherence in elderly people. **Patient preference and adherence**, v. 10, p. 2117, oct. 2016. DOI: 10.2147/PPA.S118121.

MOURA, J. A. *et al.* Impacto do Treinamento de Habilidades de Comunicação e do Registro Médico na Prática do Método Clínico de Atendimento Integral à Pessoa. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 43, n. 1, p. 47-54, jan./mar. 2019. DOI: 10.1590/1981-52712015V43N1RB20170099.

O'BRIEN, R. *et al.* The VOICE study – A before and after study of a dementia communication skills training course. **PloS one**, v. 13, n. 6, p. e0198567, jun. 2018. DOI: 10.1371/journal.pone.0198567.

ROBERTS, L. *et al.* Communication skills training for surgical residents: learning to relate to the needs of older adults. **Journal of surgical education**, v. 75, n. 5, p. 1180-1187, mar. 2018. DOI: 10.1016/j.jsurg.2018.02.005.

SILVA, L. D. *et al.* Impacto da “Disciplina Relação Médico-Paciente” sobre Atitudes Centradas no Paciente. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 41, n. 2, p. 283-289, abr./jun. 2017. DOI: 10.1590/1981-52712015V41N2RB20160094.

TAMURA-LIS, W. Reminiscing – A Tool for Excellent Elder Care and Improved Quality of Life. **Urologic nursing**, v. 37, n. 3, may/jun. 2017. DOI:10.7257/1053-816X.2017.37.3.151.

VOGEL, D.; MEYER, M.; HARENDZA, S. Verbal and non-verbal communication skills including empathy during history taking of undergraduate medical students. **BMC medical education**, v. 18, n. 1, p. 1-7, jul. 2018. DOI: 10.1186/s12909-018-1260-9.

Violência obstétrica: desrespeito à integridade feminina

Vittor Sérgio Santos de Quintela²⁰

Marivânia dos Santos²¹

Durante séculos o parto foi vivenciado, nas mais diversas sociedades, cercado de valores culturais, sociais e afetivos (SENS; STAMM, 2019a). Até o século XIX, o momento do parto pertencia intimamente ao universo feminino, constituindo uma experiência envolvida por confiança e respeito em virtude da cultura feminina de maternidade e de solidariedade (MENEZES *et al.*, 2020). Nesse viés, o conhecimento empírico acerca do processo de parição estava diretamente relacionado à família, bem como às parteiras. Contudo, o processo de parturição sofreu mudanças significativas no decorrer dos anos; a partir da evolução do conhecimento científico e da medicina, as populações foram culturalmente transformadas, havendo não só uma mudança estrutural, mas principalmente de valores éticos (SENS; STAMM, 2019b).

Diante disso, com a transição do parto domiciliar para o hospitalar, sucedeu a institucionalização do parto, assim como o distanciamento familiar e cultural do ato de parição. Afirmou-se, assim, um modelo de assistência exclusivamente hospitalar que, apesar de resultar em uma mensurável diminuição na mortalidade materno-infantil, indubitavelmente constitui um modelo excessivamente *medicalizado*, protocolizado e repleto de intervenções, muitas das quais de eficiência duvidosa (SENS; STAMM, 2019a).

20 Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

21 Bacharel em Enfermagem e pós-graduada em Enfermagem Obstétrica. Habilitada nas áreas de Técnico em Enfermagem e Enfermagem Obstétrica.

Convém ressaltar que a discussão referente à violência obstétrica é recente, assim ainda são exacerbadas as contradições sobre a sua caracterização, sendo pouco discutida, até mesmo, no âmbito feminino. No ano de 2007, a Venezuela foi o primeiro país a adotar a expressão "violência obstétrica" como processo de reconhecimento institucional da violência contra a mulher, bem como um problema social, político e público. Assim, passou a ser definida, segundo a OMS, como apropriação do corpo da mulher e dos processos reprodutivos por profissionais de saúde que se expressa em um tratamento desumanizado, medicação abusiva e patologização dos processos naturais. Isto é, uma forma de violência direcionada à parturiente, bem como ao feto em processo de nascimento, a qual desrespeita a dignidade humana e, conseqüentemente, os direitos humanos (SENS; STAMM, 2019b; KATZ *et al.*, 2020).

Nesse contexto, constituem exemplos de violência obstétrica: a negligência na assistência, o tratamento grosseiro e desrespeitoso, a exposição desnecessária da intimidade da paciente, a falta de manejo da dor no parto, o uso da ocitocina, a discriminação por condição social ou cor, o uso de técnicas como episiotomia, episiorrafia, manobra de Kristeller, tricotomia e lavagem intestinal, a cirurgia cesariana sem indicação clínica, o excesso de exame de toque vaginal e quaisquer outras ações ou procedimentos realizados sem o consentimento da mulher (NASCIMENTO *et al.*, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2020). Adiciona-se, também, o descumprimento da Lei Federal nº 11.108 de 2005, conhecida como Lei do Acompanhante (BRASIL, 2005), que garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante todo o processo de parturição. Outrossim, os aspectos institucionais, reflexo da precariedade do sistema de saúde, que submete seus profissionais a condições desfavoráveis, bem como restringe o acesso aos serviços oferecidos, influenciam ainda mais na ocorrência da violência obstétrica (SENS; STAMM, 2019a).

No Brasil, na maioria dos nascimentos, ocorre intenso processo de medicalização do parto, com intervenções desnecessárias, separação da gestante de seus familiares, falta de privacidade e desrespeito à autonomia feminina (MENEZES *et al.*, 2020). Infelizmente, há uma enorme naturalização da violência obstétrica no ambiente social, o que dificulta a percepção das mulheres sobre a violência sofrida, além de permitir a imposição autoritária de medidas depreciativas por profissionais de

saúde (RIBEIRO *et al.*, 2020). Nessa perspectiva, as parturientes sofrem, consoante o pensamento do sociólogo Pierre Bourdieu, uma violência simbólica, uma vez que se nega às mulheres a possibilidade de decidir sobre seu corpo e de participar ativamente da parição. Dessa forma, durante o processo de parto, muitas mulheres são vítimas de abusos e tratamentos desrespeitosos no âmbito da saúde. Essa realidade põe em perigo a integridade física e mental da mulher em um momento de extrema singularidade, aumentando os índices de depressão pós-parto e transtorno de estresse pós-traumático após o parto (CARVALHO; BRITO, 2017).

Sabe-se que durante o parto a mulher necessita de atenção especial, esclarecimento sobre os procedimentos, respeito, empatia e, sobretudo, a possibilidade de participar ativamente dessa fase de sua vida, todavia a violência obstétrica impossibilita que a mulher expresse livremente a sua autonomia, causando-lhe mais dor e desconforto (CARVALHO; BRITO, 2017). Lamentavelmente, isso ocorre em um ambiente em que o sentimento de maternidade deveria predominar, porém o que é observado são relatos de humilhação, dor e medidas desnecessárias. Assim, são notados comentários inapropriados e anti-éticos dos profissionais da saúde, como, por exemplo, afirmar que não doeu para entrar e que, portanto, na hora do parto a mulher não deveria dizer que sente dor para a criança sair, revelando uma assistência pouco humanizada que marca profundamente a experiência do parto e do nascimento (CARVALHO; BRITO, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2020).

Ademais, à medida que a vulnerabilidade social aumenta, mais humilhante tende a ser o tratamento oferecido à parturiente. Assim, mulheres pobres, negras, adolescentes, usuárias de drogas, profissionais do sexo, privadas de liberdade e em situação de rua estão mais sujeitas à violência (RIBEIRO *et al.*, 2020). Diante do exposto, o parto no Brasil teria assumido uma experiência traumática, e, conseqüentemente, a cirurgia cesariana passou a ser vista como um “padrão ouro” da assistência brasileira (PALHARINI *et al.*, 2017).

Segundo a pesquisa Nascer no Brasil, inquérito nacional realizado com 23.940 puérperas, identificou-se excesso de intervenções no parto e no nascimento. A análise demonstra que mais de 50% das mulheres tiveram episiotomia (incisão efetuada na região do períneo), 91,7%

ficaram em posição de litotomia (decúbito dorsal com as pernas elevadas por apoios) no parto, além disso a infusão de ocitocina e ruptura artificial da membrana amniótica para aceleração do trabalho de parto foi utilizada em 40% das mulheres, e 37% foram submetidas à manobra de Kristeller (pressão no útero para a expulsão do bebê), procedimento agressivo e que traz consequências deletérias para a parturiente e seu bebê (LANSKY *et al.*, 2019). Assim, é nítido que há uma enorme necessidade de se debater e refletir sobre a problemática que envolve o parto no Brasil.

É importante salientar que o Conselho Federal de Medicina – CFM manifestou-se contra o termo violência obstétrica em nota técnica do Ministério da Saúde, publicada no dia 3 de maio de 2019 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019). Segundo o CFM, pelos compromissos dos médicos com a sociedade e com a população feminina, de forma específica, o uso do termo “violência obstétrica” para adjetivar problemas da assistência no parto se torna inadequado, pejorativo e estimula conflitos entre pacientes e médicos nos serviços de saúde. Ademais, o uso dessa expressão agride a comunidade médica, de modo mais direto ginecologistas e obstetras, em sua imensa maioria comprometidos com o bom atendimento e com o respeito às suas pacientes. Diante desse quadro, o CFM entende que o termo “violência obstétrica” é inapropriado, devendo ser abolido, pois estigmatiza a prática médica, interferindo de forma deletéria na relação entre médicos e pacientes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Vale destacar que o Ministério da Saúde, através do Despacho SEI/MS – 908762C, declarou que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado, além disso, desenvolveu estratégias para a abolição do seu uso (BRASIL, 2019a). Contudo, por meio da Recomendação nº 024, o plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Trecentésima Décima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 16 e 17 de maio de 2019, recomendou ao Ministério da Saúde que interrompesse qualquer processo de exclusão da expressão “violência obstétrica” tendo em vista o seu reconhecimento nacional e internacional e a sua utilização pela OMS, pelo governo de vários países e pela sociedade brasileira (BRASIL, 2019b). Diante disso, e após recomendação do Ministério Público

Federal, o Ministério da Saúde reconheceu, através de um ofício publicado no dia 7 de junho de 2019, o direito legítimo de as mulheres usarem o termo “violência obstétrica” para retratar maus-tratos, desrespeito e abusos no momento do parto (BRASIL, 2019c).

Isto posto, a violência obstétrica é, portanto, tema de relevância para a política pública de saúde da mulher e da criança no Brasil, assim como para a formação dos profissionais e gestores de saúde, tendo em vista a necessidade de mudança das práticas assistenciais e do sistema de atenção ao parto e ao nascimento (LANKSY *et al.*, 2019). Sendo assim, é necessária a garantia de uma atenção respeitosa do parto e do nascimento que responda às necessidades da atenção integral de cuidado, abrangendo as dimensões física, emocional e cultural. Ademais, faz-se imperativa a garantia de que a mulher tenha a possibilidade de expressar suas emoções e seus sentimentos, eleger a posição para o parto e manter uma comunicação eficaz com a equipe de assistência para que as mulheres não só possam viver uma experiência com um cuidado humanizado e seguro, mas também tenham controle sobre o seu corpo (JOJOA-TOBAR *et al.*, 2019). Nesse aspecto, é imprescindível que a assistência à gestante seja fundamentada na ética, seguindo as suas normas e condições, a fim de que a parição se torne mais segura e confortável para as mulheres.

Comentário da especialista²¹

Meu nome é Marivânia, sou enfermeira especializada em Enfermagem Obstétrica. Com o passar dos anos, comecei a perceber o quanto as gestantes me encantavam e, a partir disso, decidi me dedicar à obstetrícia. Somei a minha experiência de vida ao conhecimento que os estudos me proporcionaram e aos poucos fui sabendo lidar com cada uma das parturientes, cada uma com sua singularidade; além disso, percebi que a hora do parto poderia deixar de ser de sofrimento e se transformar em um momento ímpar.

Durante a trajetória da minha vida profissional, presenciei diferentes formas de violência provenientes da execução de procedimentos desnecessários, assim como frases de constrangimento, por exemplo: “Na hora de fazer, não gritou, não doeu”; “Abre essas pernas, na hora

de fazer soube abrir”. Esses atos desrespeitam a paciente e eliminam a sua autonomia e individualidade, bem como resultam em várias consequências negativas para a saúde mental da mulher. A parturiente pode desenvolver um trauma de não querer parir novamente e, na condição de engravidar futuramente, recorre à cesariana por medo de passar por tudo aquilo de novo. Assim, mulheres que sofreram violência obstétrica, quando precisam voltar à maternidade, já chegam inseguras, muitas vezes agressivas. Além disso, por acharem que não são capazes e que não têm o dom de serem mães, desenvolve-se um sentimento de impotência, bem como, em alguns casos, há o desenvolvimento de ansiedade e depressão pós-parto.

Ademais, trabalhar em instituições que não oferecem uma estrutura adequada e apresentam um número de profissionais qualificados abaixo do necessário, como no interior, é muito difícil. As gestantes são transferidas para as cidades vizinhas em virtude da falta de vagas e, muitas vezes, acabam entrando em trabalho de parto e parindo até mesmo dentro das ambulâncias, retratando, conseqüentemente, uma forma de violência.

Segundo o Ministério da Saúde, o controle adequado da dor durante o trabalho de parto é um direito da mulher, garantido por lei (Portarias nº 2.815 e nº 572). Além disso, conforme as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, a solicitação materna por analgesia de parto compreende indicação suficiente para sua realização (BRASIL, 2000, 2011, 2017). Mas, antes da utilização da anestesia, existem métodos não farmacológicos para lidar com as dores do parto. Esses métodos ajudam a aliviar as dores, aumentar a dilatação e auxiliar no trabalho de parto. Banho de imersão em água, exercícios na bola, banho de aspersão – de preferência com água bem quente direcionada à região lombar, andar, acupuntura, massagem na região lombar, agachamento, aromaterapia e musicoterapia são alguns dos métodos utilizados.

A experiência vivida pelas grávidas no momento do parto pode deixar marcas inapagáveis, positivas ou negativas, pelo restante de suas vidas. Assim, é importantíssimo proporcionar uma assistência humanizada e digna, esclarecendo suas dúvidas, acalmado-as no momento em que tanto precisam e se sentem vulneráveis, que é a hora do parto, de maneira que a gestante se sinta acolhida desde a recepção até a hora da alta.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 572**, de 1º de junho de 2000. Brasília, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0572_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. **Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.815, de 29 de novembro de 2011. **Habilita Municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Componente Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes**. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2815_29_11_2011.html. Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Despacho**. Brasília, 2019a. Disponível em: <https://www.sogirgs.org.br/pdfs/SEIMS-9087621-Despacho.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plenário do Conselho Nacional da Saúde. **Recomendação nº 24**. Brasília, 2019b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco024.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Brasília, 2019c. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>. Acesso em: 11 jul. 2021.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Formas de violência obstétrica experimentada por mães que tiveram um parto normal. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 16, n. 47, p. 71-97, 2017. DOI: 10.6018/eglobal.16.3.250481. Acesso em: 2 dez. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Nota à imprensa e à população**. Brasília, 9 de maio de 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota-violencia-obstetrica.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2019.

JOJOA-TOBAR, E. *et al.* Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. **Revista de la Universidad Industrial de Santander**. Salud, [S. l.], v. 51, n. 2, p. 136-147, 11 abr. 2019. DOI: 10.18273/revsal.v51n2-2019006.

KATZ, L. *et al.* Who is afraid of obstetric violence? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 623-626, jun. 2020. DOI: 10.1590/1806-93042020000200017.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018248.30102017.

MENEZES, F. R. D. *et al.* O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 24, e180664, 2020. DOI: 10.1590/interface.180664.

NASCIMENTO, S. I. *et al.* Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 37, p. 66-79, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?>. Acesso em: 2 dez. 2019.

PALHARINI, L. A. *et al.* Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu**, [S. l.], n. 49, 7 dez. 2017. DOI: 10.1590/18094449201700490007.

RIBEIRO, D. O. *et al.* Obstetric violence in the perception of multiparous women. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. l.], v. 41, nov. 2020. DOI: 10.1590/1983-1447.2020.20190419.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. D. F. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 23, 2019a. DOI: 10.1590/interface.170915.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. D. F. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 23, 2019b. DOI: 10.1590/interface.180487.

Responsabilidade legal do cirurgião

Arthur Campos do Nascimento²²

Luiz Guilherme de Jesus Araújo Santos²²

Vittor Sérgio Santos de Quintela²²

Hilton Vicente Porto Ribeiro²³

A história da cirurgia pode ser dividida em dois momentos. No início do desenvolvimento das cirurgias, as operações eram consideradas atos brutais, as quais eram realizadas como um trabalho manual por indivíduos que não possuíam conhecimento teórico adequado. Em um segundo momento, com a ampliação do conhecimento anatômico e a descoberta de micro-organismos e da anestesia, a cirurgia adquire um caráter técnico-científico (AMATO, 2005). Na hodiernidade, com o advento da tecnologia, as operações estão cada vez mais precisas e menos invasivas, todavia alguns entraves surgiram, como o conhecimento reduzido por parte dos cirurgiões a respeito de suas responsabilidades legais, o que acarreta uma intensa judicialização da prática médica. Nessa perspectiva, o médico cirurgião é responsável não só pela vida, mas também pelo bem-estar de seu paciente, uma vez que é dever do médico recomendar a melhor conduta, assim como utilizar todos os meios disponíveis ao seu alcance para melhor atender aos enfermos.

A responsabilidade legal do cirurgião é classificada, quanto à sua natureza jurídica, em penal e civil. A responsabilidade penal se origina pela ação ou omissão de um fato típico antijurídico em que o réu

22 Graduandos em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

23 Advogado especialista em Direito Médico e da Saúde. Graduado pela Universidade Federal de Sergipe – UFS, pós-graduado em Direito Médico pela Universidade Católica de Salvador – Ucsal, especialista em Direito da Medicina pela Universidade de Coimbra (Portugal), conselheiro jurídico e científico da Sociedade Brasileira de Direito Médico e Bioética, membro da *World Association for Medical Law*.

infringe uma norma de direito público, caracterizando uma ilicitude penal (crime ou contravenção), assim ele poderá responder com a privação de sua liberdade (UDELSMANN, 2002). Dessa forma, os cirurgiões podem ser responsabilizados penalmente por crimes próprios da categoria médica, tais como: violação de segredo profissional (art. 154/CP), falsidade de atestado médico (art. 302/CP) e omissão de assistência a recém-nascido (Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/90, art. 229), ou por crimes comuns decorrentes da prática médica como: homicídio culposo (art. 121, §§ 3º e 4º/CP), lesão corporal culposa (art. 129/CP) e omissão de socorro (art. 135/CP) (BRASIL, 1940a, 1940b, 1940c, 1940d, 1940e, 1990; QUEZADO, 2008).

A responsabilidade civil está ligada à ideia de ação ou omissão que resulte na violação de uma obrigação jurídica originária, o que causa danos a alguém, gerando, a partir daí, uma nova obrigação jurídica, a de reparar o dano. Em geral, a responsabilidade dos médicos abrange a obrigação de meio, ou seja, o profissional deve assumir o compromisso de agir com todas as ferramentas disponíveis, visando uma melhora na qualidade de vida ou uma eventual cura do paciente, todavia não há a garantia de êxito no resultado final (SANTANA, 2018). Portanto, um cirurgião deve ser condenado civilmente quando for constatado que ele não cumpriu com sua obrigação de meio, podendo ter agido com imprudência (agir com descuido), negligência (deixar de adotar as providências recomendadas) e imperícia (descumprimento de regra técnica da profissão) (TAFELLI, 2017).

Convém ressaltar que o cirurgião possui a obrigação de informar o paciente – com clareza e precisão – sobre todos os procedimentos aos quais será submetido, bem como sobre os riscos e as contraindicações do procedimento, sendo imprescindível a ausência de qualquer pressão com o intuito de obter a aceitação ou recusa do tratamento proposto. Segundo o artigo 24 do Código de Ética Médica – CEM, é dever do profissional garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019). Assim, tem de se respeitar, predominantemente, a autonomia do paciente, que, com base nas informações que lhe são prestadas pela equipe médica, deve decidir se pretende ou não se submeter ao procedimento sugerido, excetuando em casos de risco de morte iminente (GRACINDO, 2015).

Em conformidade com o art. 22 do CEM, é vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019). Diante disso, o termo de consentimento informado é um documento que contém os devidos esclarecimentos ao paciente acerca dos objetivos e justificativas dos procedimentos a que será submetido, além de informá-lo dos desconfortos, riscos possíveis e benefícios esperados, métodos alternativos de diagnóstico ou tratamento, efeitos adversos e complicações específicas. Sendo assim, esse documento “é obrigatório e o formulário é escrito convenientemente para esmiuçar a responsabilidade de insucessos previsíveis, devendo aplicar-se em qualquer que seja a magnitude da intervenção” (GRACINDO, 2015).

Vale ressaltar, porém, que os pacientes não diferenciam espontaneamente a recuperação de uma complicação e o resultado de um suposto erro. Deve-se prestar atenção às implicações e aos comentários descorteses. As complicações cirúrgicas geralmente são eventos imprevisíveis e não são sinônimos de erros médicos (KASSIR *et al.*, 2020), ou seja, muitas vezes um cirurgião é denunciado sem, na verdade, ter cometido algum erro; logo, cabe ao médico e ao paciente terem uma conversa franca anteriormente à cirurgia, quando possível, tendo o paciente o dever de reconhecer que erros médicos podem acontecer, da mesma forma que quem irá performar a cirurgia deve evitá-los ao máximo e esclarecer todas as opções e possibilidades.

Por outro lado, pode ocorrer de a cirurgia acontecer posteriormente a um trauma, e o paciente não possuir capacidade de decidir aquilo que lhe interessa. Um exemplo interessante é o trauma facial, pois envolve estética, caso em que o cirurgião de face está preocupado em salvar a vida da pessoa e não com como essa pessoa estará esteticamente após os procedimentos realizados por ele. Nesse sentido, é importante que os cirurgiões de trauma facial não apenas entendam o padrão de atendimento, mas também as armadilhas que podem os expor a litígios. Os litígios no âmbito da cirurgia de trauma facial geralmente se manifestam de problemas com má comunicação, processos inadequados de consentimento informado e mau gerenciamento cirúrgico. Nesta análise, examinamos de forma abrangente os litígios de negligência na

cirurgia de trauma facial e delineamos fatores importantes que os cirurgiões devem considerar no atendimento a essa população de pacientes. É importante que os cirurgiões de trauma facial compreendam questões médico-legais dentro de seu escopo de prática. Isso inclui princípios de consentimento informado, estatutos estaduais de limitação e leis sobre tratamento médico de emergência e lei do trabalho ativo. Essa análise enfatiza a importância de exercer o cuidado adequado ao paciente, entender as indicações para a cirurgia e procurar aconselhamento quando necessário (VAHIDI *et al.*, 2019).

Em situações cirúrgicas de alto risco, a tomada de decisões ocorre no contexto de pacientes que enfrentam mudanças que alteram a vida de sua saúde. Seja devido a um câncer recorrente, trauma grave ou doença cirúrgica aguda ou crônica de alto risco, os pacientes e suas famílias estão em crise. Confrontados com uma situação que esconde uma solução simples, os cirurgiões lutam para equilibrar a esperança de melhorar um problema com o medo de causar danos e prolongar o sofrimento. No entanto, os cirurgiões assumem a responsabilidade de orientar os pacientes na tomada de decisões de alto risco nessas situações que são clínica e emocionalmente complexas. Essa pergunta simples pode ser bastante eficaz na criação de espaço para uma conversa prognóstica com os pacientes e pode diminuir a probabilidade de pular imediatamente da discussão de más notícias para os “próximos passos” (SOMMOVILLA; KOPECKY; CAMPBELL, 2019).

Pode-se citar como exemplo para cirurgias de alto risco que foram supracitadas que são as cirurgias secundárias, ou seja, aquelas cirurgias que não são as primeiras daquele paciente, como uma cirurgia de correção. Nesses casos, a autoestima do paciente já se encontra abaixo do normal, com um psicológico afetado, logo a responsabilidade do cirurgião aumenta. Cuidar de um paciente para uma cirurgia secundária é uma importante responsabilidade moral, ética e legal. O paciente está esperando muito dessa recuperação. Um novo fracasso dificilmente não é aceitável para ele. Antes de concordar em operar, o novo cirurgião deve avaliar bem as possibilidades de sucesso e os riscos operacionais, bem como os aspectos psicológicos dessa recuperação. Ele também deve informar o paciente extensivamente. Diante da dificuldade técnica dessas cirurgias secundárias, sempre é possível uma nova falha. Isso pode levar

a um questionamento judicial do último cirurgião. Este último é responsável apenas por suas próprias ações, porém a realidade do estado anterior na origem dessa cirurgia secundária terá de ser investigada e demonstrada, pois não será suportada pelo último cirurgião em termos de compensação (SABOYE, 2019).

Em suma, nota-se que o cirurgião tem deveres a cumprir e que não são nada fáceis. Erros podem ocorrer, mas ele tem o dever de evitá-los. Negligência, imperícia, imprudência e desrespeito ao desejo do paciente são situações que são perfeitamente evitáveis. São pontos que podem ser deixados de lado erroneamente, mas que são necessários para um atendimento humano e empático. Põe-se, assim, em questão se na Residência Médica de Cirurgia Geral não se deveria adicionar um estudo mais detalhado sobre ética.

Comentário do especialista²³

O médico, que, pela própria estrutura social, não convivia com questionamentos sobre as suas condutas profissionais, passou a ser alvo preferencial de pacientes insatisfeitos com o resultado dos tratamentos realizados.

Nos últimos anos, a comunidade médica observou um crescimento exponencial dos processos movidos contra médicos e instituições de saúde e que questionam a ocorrência de supostos “erros médicos”.

Não obstante a expressão “erro médico” seja recorrente nas demandas dessa natureza, nem todo mau resultado configura falha do profissional, tampouco enseja o pagamento de indenização.

Para que o médico seja responsabilizado, é necessário que se comprove a sua conduta culposa em alguma das três modalidades (negligência, imprudência ou imperícia), além do nexo causal entre a conduta e o dano suportado pelo paciente.

A avaliação da conduta do médico passará invariavelmente pela análise técnica sobre o caso concreto, na qual se verificará se o profissional agiu de acordo com os protocolos médicos, sempre levando em consideração a estrutura de trabalho disponível.

O médico, em regra, assume perante o paciente uma obrigação de meios, devendo proporcionar ao enfermo uma assistência dentro dos padrões aceitos pela comunidade científica, utilizando-se – da melhor

maneira possível – dos meios de diagnóstico e tratamento disponíveis, não havendo qualquer obrigatoriedade de cura.

A responsabilidade do médico cirurgião deverá ser avaliada desde a indicação do procedimento cirúrgico adequado ao caso clínico do paciente, passando pelas orientações de pré e pós-operatório, a execução da técnica cirúrgica e o acompanhamento do enfermo após a intervenção até a alta.

O Código de Ética Médica (Parecer CFM nº 36/ 2018), em seu art. 87, § 3º, impõe ao médico assistente ou ao seu substituto a obrigatoriedade de disponibilizar ao paciente ou ao seu representante legal o sumário de alta, documento esse que deve conter a identificação do paciente, o período de permanência, o histórico dos antecedentes, o motivo da internação, a prescrição, a evolução clínica, os procedimentos e principais exames complementares realizados, as condutas terapêuticas adotadas, os diagnósticos da admissão e da alta hospitalar, a orientação e a conduta pós-alta (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Com efeito, além da adequação da conduta técnica, o cirurgião deve estar atento à necessidade de informar ao paciente de forma detalhada sobre os procedimentos e tratamentos que serão realizados e suas repercussões.

O direito à informação e à autonomia é resguardado pela Constituição Federal e pelo Código de Defesa do Consumidor e está esculpido também no Código de Ética Médica (art. 22), que impõe ao profissional o dever de obtenção do consentimento do paciente ou de seu representante legal, após os esclarecimentos necessários, antes da realização do tratamento ou da intervenção, salvo nos casos de iminente risco de morte (BRASIL, 1988, 1990; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

O médico deverá informar o paciente sobre o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação possa lhe provocar dano, hipótese na qual as informações serão transmitidas ao seu representante legal, conforme determina o art. 34 do CEM (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Em que pese a previsão em diversos dispositivos acerca do dever de informação, na prática médica diária não se observa a atenção devida a esse quesito de suma importância assistencial e para a proteção jurídica do médico.

Tal cenário tem levado ao ajuizamento de diversas ações indenizatórias que não questionam a conduta técnica do profissional, mas sim a ausência das informações prévias ao paciente, suprimindo o direito de escolha esclarecida sobre a submissão, ou não, ao tratamento indicado.

Para que o consentimento obtido junto ao paciente seja válido, é necessária a informação prévia – com tempo razoável para avaliação pessoal – acerca das diversas variantes da doença, dos tratamentos, dos riscos, das alternativas terapêuticas e das consequências da não realização da terapia, tudo isso em linguagem compreensível e adequada ao perfil intelectual e socioeconômico do enfermo, para que sejam possíveis o entendimento e a tomada de decisão efetivamente autônoma.

O termo de consentimento informado é uma ferramenta que auxilia a comprovação do dever de informação, uma vez que consolida em um documento as principais informações a respeito do procedimento médico que será realizado; todavia, a sua assinatura não invalida a necessidade de comunicação verbal nos moldes já pontuados, constituindo um elemento formal que encerra o processo de consentimento iniciado desde o primeiro contato com o paciente.

O Superior Tribunal de Justiça – STJ, por ocasião do julgamento do Recurso Especial nº 1.540.580 – DF, entendeu que a falta de informações adequadas sobre o risco cirúrgico pode acarretar indenização por danos morais (BRASIL, 2018).

Embora o risco de ocorrência de complicações cirúrgicas esteja relacionado às limitações da própria técnica cirúrgica disponível, ou a outros fatores orgânicos ou comportamentais, deve ser informado ao paciente para que este possa decidir se deseja se submeter àquele risco, se prefere realizar procedimento menos efetivo, porém menos arriscado, ou, ainda, se não deseja realizar nenhum tratamento.

Segundo o STJ, o médico deve esclarecer o paciente sobre os riscos do tratamento, as vantagens e desvantagens, as possíveis técnicas a serem empregadas, os prognósticos e os quadros clínico e cirúrgico.

A corte superior reconheceu, ainda, que, para o cumprimento do dever de informação, os esclarecimentos devem ser específicos ao caso, não sendo suficiente a informação genérica, devendo o termo de consentimento ser confeccionado de forma individualizada para cada paciente.

Assim, caso o paciente venha a desenvolver alguma complicação não informada anteriormente ao procedimento cirúrgico, poderá acionar o médico cirurgião para o recebimento de indenização, devendo o profissional em sua defesa comprovar que prestou os esclarecimentos ou alguma outra excludente de responsabilidade para que seja absolvido.

Não protegerão o médico os termos de consentimento de riscos cirúrgicos gerais utilizados pelos hospitais, de forma que a materialização do encerramento do processo de consentimento deverá observar a elaboração de termo de consentimento informado com conteúdo referente ao caso específico do paciente e ao procedimento cirúrgico que será realizado.

Portanto, para além das já conhecidas responsabilidades civil e criminal por eventuais danos provocados ao paciente, o médico cirurgião tem de estar atento, ainda, ao fiel cumprimento do dever de informação, sob pena de estar sujeito a demandas indenizatórias e a procedimentos perante o Conselho Regional de Medicina.

REFERÊNCIAS

AMATO, A. C. M. Breve História da Cirurgia. In: AMATO, A. C. M. **Tratado de Clínica Cirúrgica**. [S. l.]: Roca, 2005. p. 3-17. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/303042733_Breve_Historia_da_Cirurgia. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. Artigo 121 do Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 1940a. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10625629/artigo-121-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940>. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. Artigo 129 do Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 1940b. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10624670/artigo-129-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940#:~:text=129.,tr%C3%AAs%20meses%20a%20um%20ano>. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. Artigo 135 do Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 1940c. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10623219/artigo-135-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940Dezembro20de2019=Penadetenumtriplicadaresultamorte>. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. Artigo 154 do Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 1940d. Disponível em:

<https://www.jusbrasil.com.br/busca?q=art.+154+do+c%C3%B3digo+penal>. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. Artigo 302 do Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 1940e. Disponível em: <https://canalcienciascriminais.jusbrasil.com.br/artigos/601513409/falsidade-de-atestado-medico>. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. Artigo 229 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. Código de defesa do consumidor. Lei nº 8.078 de 11/09/90. Brasília, **Diário Oficial da União**, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso especial nº 1540.580. **Recurso especial**, violação ao art. 535 do CPC/1973. Não ocorrência. Responsabilidade de civil do médico por inadimplemento do dever de informação. Necessidade de especialização da informação e de consentimento específico. Ofensa ao direito a autodeterminação. Valorização do sujeito de direito. Dano extrapatrimonial configurado. Configurado inadimplemento contratual. Boa-fé. Objetiva ônus da prova do médico. Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1719802&num_registro=201501551749&data=20180904&formato=P-DF. Acesso em: 16 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Parecer CFM nº 36 de 22 de novembro de 2018. **Preenchimento de resumo de alta médica hospitalar para domicílio, transferência ou óbito**. Brasília, 2018. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2018/36_2018.pdf. Acesso em: 16 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 22 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 12 jan. 2020.

GRACINDO, G. C. L. A moralidade das intervenções cirúrgicas com fins estéticos de acordo com a bioética principialista. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 23, n. 3, p. 524-534, dez. 2015. DOI: 10.1590/1983-80422015233089.

KASSIR, R. *et al.* Medicolegal Analysis of 81 Malpractice Claims Against Bariatric Surgeons in France. **Obesity Surgery**, [S. l.], v. 30, n. 5, p. 1726-1735, 14 jan. 2020. DOI: 10.1007/s11695-020-04389-4.

QUEZADO, P. Responsabilidade administrativa, civil e penal do médico. **Revista da Escola Superior da Magistratura do Estado do Ceará**, [S. l.], p. 359-373, 2008. Disponível em: www.pauloquezado.com.br/detalhes-artigos.cfm?artigo=artigo&wartigo=6&wart=Responsabilidade-Administrativa-Civil-e-Penal-do-Mdico. Acesso em: 12 jan. 2020.

SABOYE, J. **Responsabilité médicale en chirurgie secondaire**. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique, [S. l.], v. 64, n. 5-6, p. 388-391, nov. 2019. DOI: 10.1016/j.anplas.2019.07.018.

SANTANA, T. S. **A Responsabilidade Civil do Médico Cirurgião Plástico Estético**. Trabalho de Conclusão de Curso (Direito) - Faculdade Evangélica de Rubiataba, [S. l.], 2018. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/17581>. Acesso em: 12 jan. 2020.

SOMMOVILLA, J.; KOPECKY, K. E.; CAMPBELL, T. Discussing Prognosis and Shared Decision-Making. **Surgical Clinics Of North America**, [S. l.], v. 99, n. 5, p. 849-858, out. 2019. DOI: 10.1016/j.suc.2019.06.011.

TAFELLI, D. S. **A tela jurisdicional da cirurgia bariátrica: uma análise sob a óptica da responsabilidade civil por erro médico**. 2017. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Bauru, 2017. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25144/tde-30052017-204723/en.php>. Acesso em: 12 jan. 2020.

UDELSMANN, A. Responsabilidade Civil, Penal e Ética dos médicos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S. l.], v. 48, n. 2, p. 172-182, jun. 2002. DOI: 10.1590/s0104-42302002000200039.

VAHIDI, N. *et al.* Medicolegal Aspects of Craniofacial Trauma. **Facial Plastic Surgery**, [S. l.], v. 35, n. 6, p. 657-665, 29 nov. 2019. DOI: 10.1055/s-0039-1700798.

Ética na emergência e no trauma

Luiz Guilherme de Jesus Araújo Santos²⁴

Maria Alcione de Jesus Araújo²⁵

Segundo o *Advanced Trauma Life Support – ATLS*, publicado pelo *American College of Surgeons Committee on Trauma* (2012), o trauma é uma doença em que existe o hospedeiro (o doente) e um vetor de transmissão (por exemplo, o automóvel, a arma de fogo etc.). Entender isso é de extrema importância para poder mudar a visão acerca do trauma. Isso porque ali está mais do que um acidentado, é um ser humano que precisa de cuidado e que irá passar por inúmeras situações, como avaliação e manejo de diversos profissionais, em busca de sua cura. Algo interessante a se notar é que, nesse processo, se for pedido que seja feita uma reflexão sobre os pontos éticos de uma urgência, em um atendimento a uma vítima de ferimento por arma de fogo, por exemplo, vários questionamentos sobre a melhor conduta a ser tomada podem surgir desde o início do trauma até o seu desfecho. É inevitável que isso aconteça, mesmo que esse processo seja protocolado por livros como o próprio ATLS e ainda o PHTLS, nada é objetivo como na teoria. Na prática, a multiplicidade de situações possíveis faz com que decisões éticas precisem ser tomadas a todo instante e sempre moldadas pela subjetividade humana, necessária ao manejo de caso a caso (AMERICAN COLLEGE OF SURGIONS COMMITTEE ON TRAUMA, 2012; PHTLS, 2017).

Quando se faz uma análise criteriosa sobre todo o processo ético envolvido nessa conjuntura, é facilmente perceptível que, sendo uma

²⁴ Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

²⁵ Graduada em Enfermagem pela Facar em 2015, curso Técnico em Enfermagem pela Escola Padrão em 2005, curso de Instrumentação Cirúrgica pelo Centro de Estudos São Lucas em 1999, técnica de Enfermagem do SAMU desde 2009 e técnica de Enfermagem do HU/SE desde 2014.

circunstância que envolve uma multidisciplinaridade profissional, a ética vem desde antes da entrada do paciente no trauma. Começa com a ligação recebida para regulação de pacientes que sofreram algum acidente. Infelizmente, essa ética, ou, melhor dizendo, a falta dela, parte, muitas vezes, da própria população. Muitos ainda têm o péssimo hábito de passar trotes e não entendem como isso pode ser prejudicial. Como prova, é possível citar o estudo feito por Battisti *et al.* (2019) na cidade de Porto Alegre entre os meses de janeiro e março de 2016, no qual se constatou que, das 92.959 ligações feitas ao SAMU, 21.090 foram encaminhadas para o médico regulador, e, entre os 10.891 chamados para os quais foram enviadas ambulâncias, somente foram realizados atendimentos em 9.168. Esse déficit ocorreu muito por conta de trotes que fizeram com que tempo e recursos fossem desperdiçados ou, pior ainda, fossem causados impactos na vida de um paciente que, realmente, precisava de ajuda.

Já em relação a pacientes no ambiente pré-hospitalar, eles, geralmente, são incapazes de dar consentimento e, portanto, são vulneráveis. Mesmo que não estejam inconscientes, os pacientes podem sentir muita dor ou ficar muito angustiados e sobrecarregados com a situação para dar a devida consideração à questão do consentimento. Então, visto que o paciente pode se encontrar incapaz de decidir sobre aquilo que ele julga ser melhor para ele, mais uma vez a ética profissional deve aparecer para melhor prosseguir com o caso (ARMSTRONG *et al.*, 2019).

Deve-se ter em mente também que recursos escassos, particularmente recursos intensivos, são dedicados às inúmeras primeiras vítimas gravemente enfermas, ou doentes traumatizados, que necessitam de um atendimento mais direcionado e sem oneração de muitos materiais. Será mais difícil, portanto, se não impossível, redirecioná-los mais tarde para outros mais necessitados. Para maximizar esses recursos, planos hospitalares de desastres devem se esforçar para atender ao maior número possível de doentes com o mínimo cuidado aceitável, definido como o menor nível de tratamento médico e cirúrgico exigido para manter a vida e membros, até que recursos adicionais possam ser mobilizados conforme o protocolo ATLS (AMERICAN COLLEGE OF SURGIONS COMMITTEE ON TRAUMA, 2012). Nessa situação em específico, vê-se que, havendo falta de recursos, o conflito ético entra no

momento da decisão para quem deve ir aquele material que está disponível. Mesmo com a existência de protocolos, a decisão nunca é fácil.

Logo, nota-se que as decisões de justiça afetam o acesso aos cuidados de saúde nos âmbitos global, nacional, estadual, comunitário, níveis institucionais e individuais de fornecedores todos os dias. As regras de decisão foram projetadas sobre quem tem acesso ao plano de saúde, como os órgãos sólidos são alocados para transplante e até quem será atendido a seguir no pronto-socorro. Essas regras se baseiam em uma distribuição justa de bens e serviços de saúde, e toda decisão deve seguir uma lógica que busque salvar o maior número de pessoas. Não são decisões fáceis e, mesmo que regida por protocolos, a situação prática dificilmente é igual à teoria. O ambiente pré-hospitalar é somente o início desse trajeto em busca de um atendimento mais humanizado e justo (SATKOSKE; KAPPEL; DEVITA, 2019).

Falando-se agora das unidades críticas, como terapia intensiva e centros de emergência, elas se caracterizam como ambientes que promovem estresse emocional, físico e profissional por equipes de enfermagem desgastadas e com baixo risco de desempenho. Nesse sentido, as implicações de um ambiente de trabalho adequado resultam não apenas em profissionais satisfeitos, mas, também, em efeitos positivos para pacientes, familiares e organizações de saúde (CAUDURO; MACEDO, 2018).

Muito por motivos como os supracitados, profissionais de saúde são, corriqueiramente, denunciados por conta de erros. Na urgência e no trauma, não é diferente, principalmente porque, muitas vezes, o paciente encontra-se desacordado, e as atitudes que o plantonista tem de tomar naquele momento são dilemas éticos que precisam ser decididos em questão de segundos. Não é por acaso que no Uruguai, de acordo com o estudo de Gamero, Duhalde e Almada (2019), a maior queixa de denúncias feitas contra médicos foi, justamente, por conta da falta de ética dentro da própria equipe, contra a instituição ou contra pacientes e famílias. Vale acrescentar, ainda, que, dos 68 médicos denunciados entre 8 de novembro de 2012 e 8 de novembro de 2018, 24 eram da área de urgência e emergência, ou seja, 35% do total de denúncias. Isso prova que a falta de ética nesse âmbito realmente ocorre. Claro que existem casos de falta de ética que advêm de uma má-fé, porém, para tal afirmação, é necessário

que o julgamento perante a justiça seja realizado para constatar tal fato. E, por isso, não cabe a este artigo discutir esses casos.

No trauma, ainda se deve levar em conta que a família é sinônimo de desespero e angústia. Isso é um fator que dificulta o trabalho do médico, como, por exemplo, ter de informar os responsáveis sobre a situação atual do paciente que está nas suas mãos. Nesse momento, o profissional depara-se com outro conflito ético: a capacidade de comunicar más notícias aos pacientes e familiares não é considerada uma competência opcional hoje; pelo contrário, subestimar sua importância contribuiu para a crescente percepção nos últimos anos da medicina desumanizada (GEMPELER; TORREGROSA; SILVA, 2019).

Em pacientes terminais, as medidas invasivas de apoio não aumentam mais a sobrevida, mas apenas prolongam o processo de morte. A medicina atual busca o equilíbrio sensato na relação médico-paciente com o objetivo de garantir a autonomia do paciente, incluindo o princípio da não maleficência. As Diretrizes Antecipadas de Vontade – DAV vêm ganhando importância na definição do plano de cuidados do paciente. As Diretrizes Antecipadas são declarações escritas previamente pelos pacientes, nas quais eles expressam seus desejos e preferências de tratamento, livre e autonomamente, nos momentos finais de sua existência, devido à doença ou incapacidade permanente. O objetivo é proteger a autonomia dos pacientes caso eles se tornem incapazes de decidir por si mesmos no futuro. Os desejos dos pacientes em relação a procedimentos e tratamentos futuros devem ser previamente identificados. Embora a maioria dos médicos demonstre atitudes positivas em relação à DAV, a equipe de atendimento nem sempre segue o plano de cuidados estabelecido nesse testamento vital (ARRUDA *et al.*, 2019). Encontra-se, dessa forma, outro conflito ético, com o qual a equipe de urgência deve lidar. Na possibilidade de a equipe médica conseguir acesso à DAV, poderá decidir de acordo com o desejo do paciente. No entanto, esse documento pode não chegar ao hospital em tempo hábil. Neste último caso, a responsabilidade recairia sobre os profissionais de saúde que tentavam somente ajudar, mas que agora iriam enfrentar um processo. Isso pode vir a traumatizar um médico e colocá-lo em um processo ético que pode comprometer a sua carreira profissional, pois toda tomada de decisão poderá trazer como consequência uma situação indesejada.

Em suma, havendo algo que possa ser visto como erro em sua prática, há sempre uma preocupação em apontar adequadamente essa definição. A dificuldade de comunicação entre o profissional e o paciente é apresentada como um grande obstáculo nessa caracterização do certo e do errado. Sabe-se que não é fácil assumir a responsabilidade por uma falha no atendimento. Por isso, solicitar assistência quando um item desses processos não é bem entendido pelo médico pode ser um bom começo para esse profissional crescer como cidadão (MENDONÇA; GALLAGHER; HENDRYX, 2019).

Logo, é perceptível que a ética na urgência e no trauma é um dilema constante, no qual tanto quem usufrui do serviço de saúde quanto quem é profissional devem estar atentos às medidas que irão ser tomadas. Isso porque é um ambiente que necessita de raciocínio e julgamento rápidos sobre as melhores condutas a serem tomadas, visto que tal ação poderá impactar tanto na vida do paciente quanto na da família, do médico e da instituição em que este trabalha. Logo, é notório que o padrão de modelo de atendimento de necessidade tem um impacto interno e externo nos sistemas de prestação de saúde e triagem em todos os níveis, incluindo cena do infortúnio, departamento de emergência, salas de operação, serviços auxiliares e unidades de cuidados intensivos (SATKOSKE; KAPPEL; DEVITA, 2019). Para evitar maiores problemas, são necessárias várias habilidades que devem ser treinadas para apurar esse senso de decisões e que muitas vezes são deixadas de lado no processo de formação desses profissionais. De nada adianta ter conhecimentos clínicos e cirúrgicos se a decisão não for tomada. Por isso, é de extrema relevância se colocar em situações de escolha e resolver a situação baseado em parâmetros éticos. O poder de decisão não deve ser retirado, porém deve ser treinado desde cedo. Dessa forma, diante de tudo o que foi dito, deixo meu adendo para que os futuros profissionais da saúde não mais negligenciem a ética em todos os seus vieses.

Comentário da especialista²⁵

Na área da saúde, é comum nos confrontarmos com questões éticas. Porém, na emergência, em especial, por conta da urgência em agir e resolver a situação rapidamente, devemos ter um senso ético treinado

para ser utilizado assim que solicitado. A vida do paciente é o que está em jogo. Uma atitude do profissional pode definir o futuro daquela pessoa que precisa de ajuda.

Já vivi bastante e já passei por diversas situações dentro da minha área que corroboram o que foi dito em todo o texto. Trabalho dentro da ambulância do SAMU desde 2009, e, desde o momento em que recebemos o chamado de ocorrência e nos preparamos para sair, precisamos estar atentos a tudo o que acontece. Lidamos com várias pessoas: pacientes, familiares, curiosos, enfermeiros, médicos, motorista da ambulância, entre outros. Tudo direcionado por parâmetros éticos.

Vi muitos desfechos bons, mas também alguns ruins. Infelizmente, nem sempre a melhor conduta é tomada, seja por imprudência, imperícia ou por uma escolha que precisava ser feita, mas que não foi a mais correta. Esses casos temos de evitar ao máximo. Fazer capacitações, aprender com a experiência e com estudos, saber quando intervir. Tudo isso é importante para um sistema que coloque como centro de tudo a vida do paciente.

Temos grandes responsabilidades, e parâmetros éticos são imprescindíveis. É preciso cada vez mais fomentar a ética nos ambientes profissionais e conversar sobre o tema, assim como estimular essa discussão dentro do meio acadêmico antes da graduação. A ética deve guiar nossas decisões.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SURGIONS COMMITTEE ON TRAUMA. **Advanced Trauma Life Support** - ATLS. 8. ed. 2009.

ARMSTRONG, S. *et al.* Ethical considerations in prehospital ambulance based research: qualitative interview study of expert informants. **Bmc Medical Ethics**, [S. l.], v. 20, n. 1, 27 nov. 2019. DOI: 10.1186/s12910-019-0425-3.

ARRUDA, L. M. D. *et al.* Variables that influence the medical decision regarding Advance Directives and their impact on end-of-life care. **Einstein**, São Paulo, [S. l.], v. 18, 2019. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020rw4852.

BATTISTI, G. R. *et al.* Perfil de atendimento e satisfação dos usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. l.], v. 40, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180431.

CAUDURO, F. L. F.; MACEDO, S. M. K. D. Avaliação do ambiente de trabalho entre profissionais de enfermagem em uma unidade de urgência e emergência.

Enfermería Global, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 361-399, 27 mar. 2018. DOI: 10.6018/eglobal.17.2.283991.

GAMERO, S.; DUHALDE, F. B.; ALMADA, H. R. Responsabilidad ética de los médicos en Uruguay. Resultados del primer sexenio de funcionamiento del Tribunal de Ética Médica. **Revista Médica del Uruguay**, [S. l.], v. 35, n. 2, 1º maio 2019. DOI: 10.29193/rmu.35.2.4.

GEMPELER, F. E.; TORREGROSA, L.; SILVA, J. M. Conversaciones difíciles en medicina: el profesionalismo y humanismo en el arte de comunicar malas noticias. **Universitas Médica**, [S. l.], v. 61, n. 1, p. 1-2, 16 dez. 2019. DOI: 10.11144/javeriana.umed61-1.conv.

MENDONÇA, V.; GALLAGHER, T.; HENDRYX, N. Medical error: concept, characterization and management. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 28, n. 4, p. 255-266, dez. 2019. DOI: 10.1590/s0104-12902019180105.

PHTLS. **Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado**. 8. ed. [S. l.]: Jones & Bartlett Learning, 2017.

SATKOSKE, V. B.; KAPPEL, D. A.; DEVITA, M. A. Disaster Ethics. **Critical Care Clinics**, [S. l.], v. 35, n. 4, p. 717-725, out. 2019. DOI: 10.1016/j.ccc.2019.06.006.

Cirurgia: muito além do bisturi

Joshua Souza Fontes Santos²⁶

Sônia Oliveira Lima²⁷

INTRODUÇÃO

Conforme os anos passam, os brasileiros vivem cada vez mais e, devido a isso, necessitam de cuidados por mais tempo (CORRÊA; MIRANDA-RIBEIRO, 2017). Em alguns casos, o cuidado toma a forma de uma intervenção cirúrgica, o que explica o aumento de cerca de 20%, em dez anos no número de cirurgias realizadas no Brasil (DATASUS, 2021). Com mais cirurgias sendo realizadas, faz-se necessário compreender os aspectos técnicos, éticos e humanísticos inerentes à realização de uma cirurgia, visto que os cirurgiões enfrentam dilemas éticos rotineiramente (ÖZÇİFTÇİ; YILMAZ, 2017), sendo o objetivo deste capítulo contribuir para essa compreensão por parte de estudantes e profissionais.

OPERAR OU NÃO OPERAR?

Paulino (2000), citando Moynihan, afirma que o cirurgião primeiro deve aprender quando não operar, depois quando operar e só então como operar. Isso se deve ao fato de a cirurgia ser um procedimento invasivo – ferir para curar –, cercado de riscos, podendo ser substituído por tratamentos alternativos, menos arriscados e não invasivos. Por isso, a intervenção só deve ser indicada quando há evidências científicas de sua eficácia e quando o cirurgião, ao avaliar aquele paciente individualmente, conclui que a cirurgia é eficaz para a sua melhora, levando em consideração seu quadro clínico e a gravidade da condição (JONSEN; SIEGLER; WINDALE, 2012; VALLABHA, 2019).

26 Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

27 Cirurgiã geral. Mestre e doutora em Clínica Cirúrgica pela Universidade de São Paulo – USP.

Quando tratamos pacientes fragilizados, muitos acometidos por doenças crônicas avançadas, é necessário avaliar cuidadosamente não apenas a chance de sobrevivência à intervenção, mas também a qualidade de vida após ela. É fundamental discutir com o paciente e a sua família não apenas os riscos, mas também os possíveis benefícios – por maiores ou menores que sejam – e sequelas da cirurgia. Estudos apontam que pacientes nessa condição, após franca discussão com a família e os médicos, desistiram do procedimento (LILLEY *et al.*, 2018).

Observa-se então a necessidade de proporcionar o maior conforto a pessoas nessa condição, realizando apenas cirurgias ortotánásicas, aliviando suas agonias, ao invés de buscar exaustivamente procedimentos inúteis para uma cura não alcançável, causando sofrimento ao paciente (COSTA; CALDATO; FURLANTETO, 2019; CFM, 2019; CANO *et al.*, 2020).

Em suma, as decisões sobre a realização da cirurgia devem ser compartilhadas. Os conhecimentos técnico-científicos do cirurgião e do anestesista devem ser alinhados com a personalidade e os anseios de cada paciente e sua família, de modo que a ciência seja não apenas uma autoridade para tomada de decisão, mas também uma serva das necessidades de cada pessoa (CFM, 2019; SLIM; BAZIN, 2019).

COMO OPERAR?

Uma vez que se tenha tomado a decisão de operar, é necessário decidir qual será a técnica empregada. Na cirurgia geral, as técnicas mais utilizadas são a aberta, a laparoscópica e a robótica (ZELHART; KAISER, 2017).

A decisão sobre qual técnica utilizar deve levar em consideração alguns aspectos. O primeiro é a disponibilidade, afinal não é possível optar por uma técnica sem os equipamentos e a equipe necessários. Além disso, leva-se em conta a experiência do cirurgião, quais técnicas está apto a executar com segurança e eficiência, não devendo realizar procedimentos nos quais não tenha perícia, colocando em risco a vida do paciente – artigo 1º do Código de Ética Médica (CFM, 2019). Deve-se analisar também os riscos e benefícios de cada técnica, sua cobertura por planos de saúde, a oferta pela saúde pública ou a possibilidade do paciente de custear o tratamento (HILAL *et al.*, 2018; NACUL, 2020).

Assim como a decisão sobre operar, ou não, deve ser compartilhada, a decisão de como operar também deve seguir a mesma abordagem,

sendo fundamental para isso o maior esclarecimento possível ao paciente sobre as técnicas disponíveis para o seu tratamento. Caso o paciente opte por uma técnica que não seja da expertise do cirurgião, a conduta indicada é encaminhá-lo para um colega experiente na referida técnica (CFM, 2019; SLIM; BAZIN, 2019).

PRÉ-OPERATÓRIO

O primeiro tópico a ser abordado sobre o pré-operatório é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, preconizado no artigo 22 do Código de Ética Médica (CFM, 2019). O TCLE é a permissão que se obtém do paciente para a intervenção em seu corpo após o paciente ser devidamente esclarecido pelo seu médico sobre todos os aspectos da cirurgia, sendo dispensável apenas em risco iminente de morte.

O trabalho do Dr. Kehlet (1997) explicou brilhantemente a fisiopatologia da resposta do organismo ao estresse cirúrgico, servindo de base para diretrizes conhecidas hoje como ERAS – *enhanced recovery after surgery* (recuperação aprimorada após a cirurgia), apresentadas sucintamente a seguir, visando a otimização do pré-operatório, de modo a beneficiar o paciente no pós-cirúrgico.

Os cuidados pré-operatórios visam a manutenção da homeostase frente ao estresse fisiológico ocasionado pela cirurgia a fim de se evitar o catabolismo muscular e disfunções celulares. É necessário, além do condicionamento físico, o preparo nutricional e mental do paciente para a intervenção. Um bom pré-operatório, realizado em conjunto por cirurgião, anesthesiologista, fisioterapeuta, nutricionista e demais profissionais, conforme a necessidade de cada paciente, pode reduzir pela metade a estadia hospitalar no pós-operatório, além de redução das complicações (POUWELS *et al.*, 2016; RIPOLLÉS-MELCHOR *et al.*, 2018).

Um fator de risco não tão evidente, mas também prejudicial, é a ansiedade pré-operatória. Ela acomete até 80% dos pacientes, sendo proporcional ao nível de dor percebido, incorrendo em maior necessidade de anestesia e analgesia. Maiores níveis de ansiedade também aumentam a morbidade e a mortalidade no pós-cirúrgico. Esclarecer o paciente sobre a anestesia, a cirurgia em si, dor e recuperação, psicoterapia, musicoterapia e, em casos mais extremos, a farmacoterapia é uma

estratégia para a redução da ansiedade pré-operatória e suas consequências (STAMENKOVIC *et al.*, 2018).

Ressalta-se ainda o acompanhamento farmacológico do paciente, avaliando quais medicamentos estão em uso, quais devem ser suspensos ou iniciados e as adequações necessárias para garantir a segurança e eficácia da intervenção, minimizando efeitos colaterais e interações entre fármacos (TOWNSEND *et al.*, 2010; ZAFIROVA; VÁZQUEZ-NARVÁEZ; BORUNDA, 2018).

INTRAOPERATÓRIO

Um dos princípios fundamentais da medicina, segundo o CEM, é “agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional” (CFM, 2019), evidenciando-se o dever do cirurgião de aperfeiçoar continuamente suas habilidades técnicas e humanísticas – consciência situacional, tomada de decisões, liderança e comunicação – pela atualização constante, pela prática contínua e pelo “discipulado” de colegas mais experientes, buscando sempre os melhores resultados para os pacientes (GERAGHTY; MCILHENNY, 2016; GUTIERRES, 2018; SACHDEVA, 2020).

Stulberg *et al.* (2020) demonstraram que a maior experiência de um cirurgião e o seu domínio da boa técnica operatória influenciam diretamente no sucesso da cirurgia, sendo que pacientes operados por cirurgiões mais experientes têm 26% menos complicações, reafirmando a necessidade da excelência e do zelo ao operar. Uma maior habilidade em operar resulta em menor tempo cirúrgico, reduzindo as chances de infecção (CARVALHO *et al.*, 2017).

Para atingirmos a excelência nas operações, Gutierrez *et al.* (2018) orientam a correta aplicação de conceitos e técnicas, a atualização técnico-científica contínua, a cooperação com a enfermagem e os gestores na segurança do paciente e o aprimoramento da cultura de segurança no centro cirúrgico.

PÓS-OPERATÓRIO

O trabalho do cirurgião não acaba com a última sutura, iniciando-se imediatamente os cuidados pós-operatórios. Além da recuperação da anestesia, o paciente precisa estar fisicamente estável, apto para manter seus cuidados em casa, tendo o devido suporte para isso, além de estar

psicologicamente pronto e esclarecido sobre o processo de recuperação, visando a manutenção de sua autonomia, dignidade e segurança (GALVIN; WILLS; COFFEY, 2017).

Um ponto que merece destaque no pós-operatório é o acompanhante do paciente para a alta e o início dos cuidados em casa. Sempre que possível, é recomendável que o cirurgião converse com o paciente e com o seu acompanhante para informar sobre os cuidados a serem tomados, possíveis intercorrências e até mesmo avaliar se aquela pessoa está apta a atender às necessidades do paciente. Esse contato individualizado tem se mostrado benéfico para o paciente, permitindo inclusive identificar os casos em que o acompanhamento não se faz necessário (MASON; BURKLE, 2017).

Mais da metade dos pacientes cirúrgicos entra em contato com os serviços de saúde em até duas semanas após a cirurgia, muitos inclusive nas primeiras 48 horas após o procedimento. As principais razões para o contato são queixas sobre dor, infecções da ferida, dúvidas sobre medicações, exercícios e esforço físico. É necessário conhecer tais razões para preveni-las e determinar a conduta com o paciente, seja a marcação de uma consulta ou até mesmo comparecer ao pronto-socorro (BALAKRISHNAN; PALMER; ODISHO, 2020).

CONCLUSÃO

Através desta breve revisão, entende-se que ser um bom cirurgião vai além de dominar incisões e suturas, devendo-se antes de tudo dominar a clínica para avaliar a necessidade e as consequências do ato cirúrgico, como operar, caso seja necessário, e como conduzir todo o tratamento, devendo colocar a segurança e o bem-estar do paciente sempre em primeiro lugar.

Comentário da especialista²⁷

A cirurgia é uma arte cruenta, e, portanto, o acolhimento ao paciente por parte do cirurgião deve ser humanizado, e a mensagem deste capítulo mostra de maneira ética baseada em evidências a importância desse tema.

O cirurgião deve estar apto a realizar tecnicamente o ato operatório, porém precisa saber ouvir e entender as necessidades de seu paciente. É de suma importância ter a percepção de que está lidando com outro ser humano e interagir com as incertezas deste, transmitindo-lhe não só a segurança do seu conhecimento técnico, como também lhe proporcionar apoio psicológico. Ao realizar o ato operatório, o cirurgião irá adentrar o corpo do seu paciente, portanto deve ter a noção de que essa pessoa precisa confiar na sua habilidade como profissional, mas sobretudo encontrar nesse profissional um ser que o respeita e tem a consciência de estar lidando com o seu bem maior, a sua saúde física e mental.

REFERÊNCIAS

CANO, C. W. A. *et al.* Finitude da vida: compreensão conceitual da eutanásia, distanásia e ortotanásia. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 28, n. 2, p. 376-383, jun. 2020. DOI: 10.1590/1983-80422020282399.

CARVALHO, R. L. R. *et al.* Incidence and risk factors for surgical site infection in general surgeries. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 25, p. 1-8, 4 dez. 2017. DOI: 10.1590/1518-8345.1502.2848.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 22 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 19 nov. 2021.

CORRÊA, E. R. P.; MIRANDA-RIBEIRO, A. Ganhos em expectativa de vida ao nascer no Brasil nos anos 2000: impacto das variações da mortalidade por idade e causas de morte. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, n. 3, p. 1005-1015, mar. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017223.26652016.

COSTA, T. N. M.; CALDATO, M. C. F.; FURLANETO, I. P. Percepção de formandos de medicina sobre a terminalidade da vida. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 27, n. 4, p. 661-673, dez. 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019274349.

DATASUS. **Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS)**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus/>. Acesso em: 26 nov. 2021.

GALVIN, E. C.; WILLS, T.; COFFEY, A. Readiness for hospital discharge: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, [S. l.], v. 73, n. 11, p. 2547-2557, 2 jun. 2017. DOI: 10.1111/jan.13324.

GERAGHTY, A.; MCILHENNY, C. Human factor skills in the surgical environment. **British Journal of Hospital Medicine**, [S. l.], v. 77, n. 1, p. 14-16, jan. 2016. Mark Allen Group. DOI: 10.12968/hmed.2016.77.1.c14.

- GUTIERRES, L. S. *et al.* Boas práticas para segurança do paciente em centro cirúrgico: recomendações de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 71, n. 6, p. 2775-2782, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0449.
- HILAL, M. A. *et al.* The Southampton Consensus Guidelines for Laparoscopic Liver Surgery. **Annals of Surgery**, [S. l.], v. 268, n. 1, p. 11-18, jul. 2018. DOI: 10.1097/sla.0000000000002524
- JONSEN, A. R.; SIEGLER, M.; WINSLADE, W. J. **Ética Clínica: abordagem prática para decisões éticas na medicina clínica**. 7. ed. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2012.
- KEHLET, H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. **British Journal of Anaesthesia**, [S. l.], v. 78, n. 5, p. 606-617, maio 1997. DOI: 10.1093/bja/78.5.606.
- LILLEY, E. J. *et al.* Palliative Care in Surgery. **Annals of Surgery**, [S. l.], v. 267, n. 1, p. 66-72, jan. 2018. DOI: 10.1097/sla.0000000000002253.
- MASON, K. P.; BURKLE, C. M. Do patients require “escorts” or “carers” for discharge following day surgery and office-based anesthesia? Both sides of the debate explored. **Minerva Anestesiologica**, [S. l.], v. 84, n. 8, p. 980-986, jul. 2018. Edizioni Minerva Medica. DOI: 10.23736/s0375-9393.17.12450-8.
- NACUL, M. P. Laparoscopia & robótica: um paralelo histórico. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, [online], v. 47, 2020. DOI: 10.1590/0100-6991e-20202811.
- ÖZÇİFTÇİ, V. M.; YILMAZ, E. M. Importance of Ethics in Surgical Practice. **Meandros Medical and Dental Journal**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 72-75, 1 abr. 2017. Galenos Yayinevi. DOI: 10.4274/meandros.2056.
- PAULINO, A. Quando Não Operar, Quando Operar, Como Operar... *In*: PETROIANU, A. **Ética, Moral e Deontologia Médicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 226-228.
- POUWELS, S. *et al.* Preoperative exercise therapy in surgical care: a scoping review. **Journal of Clinical Anesthesia**, [S. l.], v. 33, p. 476-490, set. 2016. DOI: 10.1016/j.jclinane.2016.06.032.
- RIPOLLÉS-MELCHOR, J. *et al.* Committed to be fit. The value of preoperative care in the perioperative medicine era. **Minerva Anestesiologica**, [S. l.], v. 84, n. 5, p. 615-625, abr. 2018. DOI: 10.23736/s0375-9393.18.12286-3.
- SACHDEVA, A. K. Acquiring and maintaining lifelong expertise in surgery. **Surgery**, [S. l.], v. 167, n. 5, p. 787-792, maio 2020. Elsevier BV. DOI: 10.1016/j.surg.2019.08.023.
- SLIM, K.; BAZIN, J.-E. From informed consent to shared decision-making in surgery. **Journal of Visceral Surgery**, [S. l.], v. 156, n. 3, p. 181-184, jun. 2019.

Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2019.04.014>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31101549/>. Acesso em: 13 ago. 2021.

TOWNSEND, C. M. *et al.* **Sabiston Tratado de Cirurgia**: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 18. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

STAMENKOVIC, D. M. *et al.* Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: what can we do to change our history. **Minerva Anestesiologica**, [S. l.], v. 84, n. 11, p. 1307-1317, nov. 2018. DOI: 10.23736/s0375-9393.18.12520-x.

STULBERG, J. J. *et al.* Association Between Surgeon Technical Skills and Patient Outcomes. **Jama Surgery**, [S. l.], v. 155, n. 10, p. 960, 1 out. 2020. American Medical Association (AMA). DOI: 10.1001/jamasurg.2020.3007

VALLABHA, T. Ethics in Surgery. In: ASSOCIATION OF SURGEONS OF INDIA. **Contemporary Surgery**. [S. l.]: Micro Laboratories and Association of Surgeons of India, 2019. v. 3. p. 205-217. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/332072679_Ethics_in_Surgery. Acesso em: 4 out. 2021.

ZAFIROVA, Z.; VÁZQUEZ-NARVÁEZ, K. G.; BORUNDA, D. Preoperative Management of Medications. **Anesthesiology Clinics**, [S. l.], v. 36, n. 4, p. 663-675, dez. 2018. DOI: 10.1016/j.anclin.2018.07.012.

ZELHART, M.; KAISER, A. M. Robotic versus laparoscopic versus open colorectal surgery: towards defining criteria to the right choice. **Surgical Endoscopy**, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 24-38, 15 ago. 2017. DOI: 10.1007/s00464-017-5796-2.

Internação involuntária na psiquiatria

Rafael de Carvalho Santos²⁸

Helena Pinho de Sá²⁹

A partir de uma análise histórica dos tratamentos psiquiátricos na medicina moderna, o conceito de “internação involuntária” popularizou-se em meados do século XX, visto que, antes, esse era considerado o único tratamento existente para os pacientes com transtornos mentais. Em *História da loucura*, Foucault descreve detalhadamente como, desde a Idade Média, aquele visto como louco – não um diagnóstico e sim uma percepção social – é recebido e interpretado na sociedade. Sua imagem era associada à pobreza, à ociosidade, à falta de utilidade para o meio, à representação do mal para as religiões, estigmas os quais justificavam a coação física e moral imposta ao indivíduo louco, alienando-o de sua vontade e de sua liberdade. Assim, a internação não se configurava como uma ferramenta terapêutica, mas sim como uma instituição coercitiva do Estado destinada aos marginalizados (FOUCAULT, 1978).

Um contexto semelhante, já no Brasil, foi denotado por Daniela Arbex em *Holocausto brasileiro*. As admissões dos pacientes no Hospital Colônia de Barbacena, o cenário da barbárie, serviam ao ideário de limpeza social como finalidade da internação dos pacientes psiquiátricos, muitos pessimamente diagnosticados, mas também de homossexuais, etilistas, moradores de rua e todos aqueles malquistos pela comunidade. O cuidado – ou a falta dele – oferecido foi descrito como desumano e

28 Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

29 Médica pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Especialista em Clínica Médica pelo Hospital Agamenon Magalhães. Especialista em Neurologia e Psiquiatria pela Universidade de São Paulo – USP. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina da USP.

comparado aos campos de concentração nazistas pelo testemunho de quem trabalhou no local e dos sobreviventes capazes de contar seus relatos. Só com a chegada das concepções da reforma psiquiátrica às terras brasileiras essa prática violenta passou a ser repensada e abolida, deixando de ser a regra-mor do tratamento psiquiátrico, visto que começaram a ser ofertados outros recursos para tais pacientes (ARBEX, 2013).

Ao entrar hoje em um hospital de internação psiquiátrica, não mais se vê um “depósito” de doentes, um manicômio na figura do abandono. Os motivos e o objetivo da internação agora são menos crônicos e buscam atender a episódios agudos, oferecer um acompanhamento que requeira cuidados constantes e auxiliar na reintegração social do paciente. Esse direito ao atendimento de saúde humanizado foi garantido com a Lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2001), a qual, além de explicitar o paciente com transtornos mentais como indivíduo pleno, cidadão e digno de assistência básica conforme suas necessidades, dita as normas da internação psiquiátrica compatível com tais garantias. Alguns artigos notáveis como exemplo são:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

A lei ainda dispõe sobre os mecanismos burocráticos da internação involuntária, somente autorizada por profissional médico com registro no CRM, devendo ser comunicada, em até 72 horas, ao Ministério Público Estadual – MPE de onde foi realizada. Quanto à alta do paciente, são necessários os mesmos procedimentos da admissão: a solicitação escrita do parente ou responsável legal, o visto do especialista responsável e a comunicação ao MPE.

Políticas adotadas em consonância com tal legislação, principalmente os serviços de atenção básica ampliada com os Centros de Atenção Psicossocial e os hospitais-dia em saúde mental, cumpriram seu papel de desinstitucionalizar o sistema de saúde mental pela redução tanto da taxa de hospitalização quanto da média de internações – involuntárias ou não – diárias (SILVA *et al.*, 2021). Contudo, por vezes, os atendimentos primário e secundário não são suficientes dada a gravidade do caso e os riscos inerentes à condição do paciente para com ele mesmo e para com as pessoas ao seu redor. É aí que entra a internação como alternativa terapêutica mais recomendada, quer queira o paciente ou não (WEBER; JURUENA, 2016).

A discussão mais recente quanto à ética nas internações involuntária e compulsória esteve em foco durante 2017, após ações violentas da prefeitura de São Paulo na região da Cracolândia, famosa região do centro da cidade por ser intensamente ocupada por dependentes químicos e ponto de comércio de drogas (CISCATI, 2017). Esses indivíduos são tratados na medicina como pacientes com transtorno por uso de substâncias psicoativas. Porém, no meio social, eles são vistos como viciados, criminosos, um problema a ser resolvido não pelas vias da saúde, mas pela mão armada da segurança pública. Esse viés transparece na Lei nº 13.840/19 (BRASIL, 2019), que trata sobre as políticas públicas de drogas no país. A nova legislação complementa a questão da internação e traz novas abordagens com os seguintes tópicos:

§ 3º São considerados 2 (dois) tipos de internação:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas;

II - internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de

saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida.

§ 5º A internação involuntária:

I - deve ser realizada após a formalização da decisão por médico responsável;

II - será indicada depois da avaliação sobre o tipo de droga utilizada, o padrão de uso e na hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde;

III - perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável;

IV - a família ou o representante legal poderá, a qualquer tempo, requerer ao médico a interrupção do tratamento.

Especialistas consideram que essas mudanças, somadas a outras portarias, notas técnicas e decretos acerca da política nacional de saúde mental, não se sustentam na prática, e apontam um desmonte da rede de atenção psicossocial brasileira (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). Outros comentam que, devido à tendência dos dependentes químicos de recusa ao tratamento e de recaídas, a internação involuntária é, muitas vezes, a única possibilidade terapêutica com alguma chance de sucesso, trazendo ainda menor risco à vida e à integridade do paciente (TEIXEIRA *et al.*, 2019). Dessa forma, facilitar o procedimento da internação é favorecer a recuperação do dependente.

Vem à tona, por fim, a principal questão ética da internação involuntária: como solucionar o paradoxo entre a autonomia da vontade garantida ao paciente – psiquiátrico ou não – e o ato coercitivo da internação sem o seu consentimento? O próprio Código de Ética Médica traz como proibições ao profissional médico: “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo” e “desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

A resposta é ainda discutível não só no Brasil, mas em outros países também. As diretrizes da internação involuntária são muito variadas, e não há um consenso sobre como tal abordagem deve ser realizada, nem se ela é o melhor protocolo a ser seguido (ZHANG; MELLISOL; BRINK, 2015). O maior respaldo da prática está inserido na condição do paciente psiquiátrico quando, por vezes, sua capacidade cognitiva e decisória está prejudicada, cabendo a outrem julgar se ele deve ser internado ou não. Tão logo sejam atestados a melhora do paciente e o restabelecimento da sua autonomia plena, não caberá mais nem ao médico nem ao familiar interferir em seus interesses e em sua liberdade (do paciente) (MENDONÇA, 2019).

Comentário do especialista²⁹

A internação involuntária em psiquiatria, como bem discorreu o aluno, é um assunto ainda debatido e de pouca clareza, que traz sérios riscos à integridade física e mental de uma pessoa que sofre de um distúrbio psíquico. O desenvolvimento histórico dessa medida psiquiátrica acompanha o surgimento de novos eventos da esfera humana, como a percepção da loucura, a descoberta sobre a fisiopatologia dos transtornos mentais e o desenvolvimento dos psicotrópicos.

A conduta terapêutica psiquiátrica involuntária é empregada em situações específicas e demanda capacitação dos profissionais de saúde para que possam indicá-la adequadamente. Por seu turno, o tratamento psiquiátrico está pautado pela ética médica, que exige do profissional o respeito à dignidade do paciente e precisa, especialmente, considerar a subjetividade dos seus pacientes, tendo em vista que tais agravos são manifestações de como os sujeitos identificam e elaboram suas sensações, emoções, sentimentos e ideias e, com isso, fazem escolhas e desenvolvem a sua autonomia (FREUD, 1917).

Os sintomas psíquicos dos transtornos mentais representam, entre outras, limitações do processo de tomada de decisões. Essa condição pode se manifestar com prejuízo no juízo quando o paciente tem prejuízos na sua capacidade de comparar a sua realidade interna com a externa ao seu aparelho psíquico e, com isso, formar ideias deliroides ou delirantes (DALGALARRONDO, 2008). Nas manias, por exemplo, a

interpretação dos fatos está enviesada pelo colorido otimista do mundo interno, e, assim, as medidas terapêuticas propostas não seriam necessárias para o doente. Na melancolia, a percepção de que as coisas estão ruins, sombrias e sem esperanças também interfere na disponibilidade de receber ajuda. Por fim, o paciente pode acreditar que a equipe de saúde está em conluio com seus algozes e pode até reagir com violência na tentativa de se defender durante a vivência de delírios persecutórios (DALGALARRONDO, 2008).

Na cultura ocidental, os “loucos” foram excluídos do convívio social até o final do século XVIII, quando o francês Philippe Pinel, inspirado no lema “Igualdade, Liberdade e Fraternidade” da Revolução Francesa, os acolheu no Hospital Salpêtrière. Os tratamentos daquela época eram brutais, como craniotomia, choque hipoglicêmico e eletrochoque sem anestesia. Como não se apresentava resposta sustentada do quadro, os pacientes mantinham-se internados ao longo de toda a vida, nascendo assim os manicômios (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Um século depois, no mesmo hospital, o neurologista Charcot desbravou o estudo da histeria. Seus pacientes eram por ele observados até que a verdade lhe saltasse aos olhos, considerando que os sintomas conversivos revelavam mensagens sobre a sexualidade e, com isso, abria-se a possibilidade de novas formas de tratamento para os portadores de transtornos mentais (FREUD, 1893).

Ao conhecer os estudos de Charcot, Freud viu-se impulsionado à construção de sua teoria sobre o aparelho psíquico, com o auxílio do experiente colega Breuer (FREUD, 1893), e criou a psicanálise, que se tornou uma forte vertente de tratamento empregada pelos psiquiatras no início do século XX. Em Londres, psiquiatras e psicanalistas iniciaram o atendimento, inclusive de pacientes psicóticos, a partir de descobertas do funcionamento mental infantil (KLEIN, 1946). Esse fato trouxe avanços significativos à teoria e à prática psicanalíticas, mas não permitiu que os pacientes com transtornos mentais graves fossem inseridos socialmente como protagonistas de suas vidas.

Em meados do século passado, surgiram os primeiros psicotrópicos que impactaram positivamente na evolução dos transtornos graves e levaram ao início da desinstitucionalização dos pacientes. Ao acaso, foram observados efeitos de redução da psicomotricidade pelo primeiro

antipsicótico, a clorpromazina, redução da mania pelo Lítio e melhora do humor melancólico pelo uso da Isoniazida, que mudou a história natural desses transtornos, mas não de seus portadores (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Infelizmente, o estigma sofrido por essas pessoas impediu sua reinserção social. Familiares, profissionais de saúde e inclusive os próprios portadores apresentaram resistência para acolher o sofrimento psíquico, e, ainda hoje, o estigma encontra-se em todos os âmbitos sociais, permanecendo a ideia de que “esquizofrênicos são violentos” e que para eles não há possibilidade de recuperação ou vida em comunidade (JORM; REAVLEY; ROSS, 2012; SOUSA *et al.*, 2012; OLIVEIRA; AZEVEDO, 2014; YOSHIOKA *et al.*, 2016).

Ainda nos dias de hoje, as disciplinas que abordam os transtornos mentais são escassas nos cursos de saúde. Medicina, Psicologia e Enfermagem não proporcionam ao aluno o acesso suficiente ao conhecimento dos problemas mentais, suas particularidades e a objetividade para lidar com tais agravos à saúde. Esse fato leva ao atraso do início do tratamento ou a prejuízos no manejo do paciente, inclusive nos momentos de crise quando há necessidade de internação involuntária (LOCH *et al.*, 2011; SATHYANATH *et al.*, 2016; STEFANOVICS; HE; OFORI-ATTA, 2016; WINKLER *et al.*, 2016).

Aquela medida está indicada quando o paciente apresenta prejuízo do seu “juízo”. Como explanado acima, as crises melancólicas, maníacas ou os surtos psicóticos são acompanhados de prejuízo na capacidade de ponderar as demandas de cuidado e levam à negligência ou hostilidade que põem em risco a vida do indivíduo ou de outra pessoa. Assim, a perda dessa função mental é o parâmetro seguido na maioria das urgências psiquiátricas do mundo, inclusive no Brasil (QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

Com a ampliação do uso de drogas na comunidade, esse critério tem se modificado e gerado incertezas. Há algumas décadas, vimos a inserção de drogas psicoativas com alta potência de dependência e, com isso, de prejuízo em todos os aspectos da vida do usuário. Pessoas perderam emprego, laços familiares e a saúde física e mental com o uso do crack, levando a cenas de devastação e desmoração sociais (LARANJEIRA *et al.*, 2014).

Diante desse triste cenário, nova portaria foi criada para indicar o tratamento dessas pessoas que, mesmo com o juízo preservado, deveriam ser internadas de forma involuntária. Atualmente, tais medidas terapêuticas têm sido questionadas, tendo em vista resultados não tão animadores quanto nos transtornos mentais comentados anteriormente (OPSAI *et al.*, 2013).

O adoecimento mental é algo complexo que precisa de abordagem individualizada e multidisciplinar. As crises e os surtos precisam ser compreendidos pelo mesmo prisma, e a equipe que trabalha em tais momentos precisa compreender seu papel no tratamento dos pacientes. Para isso, é necessário capacitar médicos, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais para que possam acolher e oferecer condições propiciadoras de saúde mental a essa população que exige respeito às suas diferenças.

REFERÊNCIAS

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. **Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm. Acesso em: 10 out. 2021.

CISCATI, R. Cracolândia: internar à força resolve? **Época**, São Paulo, 15 de jun. de 2017. Disponível em: <https://epoca.oglobo.globo.com/saude/check-up/noticia/2017/06/cracolandia-internar-forca-resolve.html>. Acesso em: 15 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 22 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 15 out. 2021.

CRUZ, N.; GONÇALVES, R.; DELGADO, P. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019.

Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, e00285117, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

FREUD, S. O sentido dos sintomas (1917). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 37-52.

FREUD, S. Relatórios sobre meus estudos em Paris e Berlim (1886-1893). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 251-260.

JORM, A. F.; REAVLEY, N. J.; ROSS, A. M. Belief in the dangerousness of people with mental disorders: a review. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 46, n. 11, p. 1029-1045, 2012. DOI: 10.1177/0004867412442406.

KLEIN, M. Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In: KLEIN, M. **Inveja e Gratidão e Outros Trabalhos (1946-1963)** – Volume III das Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 17-43. Disponível em: http://donaldwoods.pbworks.com/w/file/100061713/KLEIN_1946_Notas%20sobre%20alguns%20mecanismos%20esquiz%3%B3ides.pdf. Acesso em: 21 jan. 2022.

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C. S.; PINSKY, I.; CAETANO, R.; MITSUHIRO, S. S. *et al.* **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)**. São Paulo: Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2014. Disponível em: <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%3%B3rio.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

LOCH, A. A.; HENGARTNER, M. P.; GUARNIERO, F. B.; LAWSON, F. L.; WANG, Y. P.; GATTAZ, W. F.; ROSSLER, W. O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 5, p. 173-177, 2011. DOI: 10.1590/S0101-60832011000500001.

MENDONÇA, S. Dignidade e autonomia do paciente com transtornos mentais. **Revista Bioética**, v. 27, n. 1, p. 46-52, 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019271285.

OLIVEIRA, A. R. F.; AZEVEDO, S. M. Estigma na doença mental: estudo observacional. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 30, n. 4, p. 227-234, 2014. DOI: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v30i4.11347>.

OPSAL, A. *et al.* Factors associated with involuntary admissions among patients with substance use disorders and comorbidity: a cross-sectional study. **BMC Health Serv Res**, v. 13, n. 57, p. 1-8, 2014. DOI: 10.1186/1472-6963-13-57.

QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. E. **Emergências psiquiátricas**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SATHYANATH, S.; MENDONSA, R. D.; THATTIL, A. M.; CHANDRAN, V. M.; KARKAL, R. S. Socially restrictive attitudes towards people with mental illness among the non-psychiatry medical professionals in a university teaching hospital in South India. *Int J Soc Psychiatry*, v. 62, n. 3, p. 221-226, 2016. DOI: 10.1177/0020764015623971.

SILVA, M.; DAROS, G.; BITENCOURT, R. *et al.* Internações psiquiátricas no Brasil: análise exploratória e de tendência de 2009 a 2019. *J Bras Psiquiatr*, v. 70, n. 1, p. 39-44, 2021. DOI: 10.1590/0047-2085000000303.

SOUSA, S. D.; MARQUES, A.; ROSÁRIO, C.; QUEIRÓS, C. Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends psychiatry psychotherapy*, v. 34, n. 4, p. 186-197, 2012. DOI: 10.1590/s2237-60892012000400004.

STEFANOVICS, E.; HE, H.; OFORI-ATTA, A.; *et al.* Cross-National Analysis of Beliefs and Attitude Toward Mental Illness Among Medical Professionals from Five Countries. *Psychiatric Q*, v. 87, n. 1, p. 63-73, 2016. DOI: 10.1007/s11126-015-9363-5.

TEIXEIRA, E.; PACHECO, T.; PARANHO, H. *et al.* Internação involuntária para dependente químico. *J Bras Psiquiatr*, v. 68, n. 1, p. 59-60, 2019. DOI: 10.1590/0047-2085000000226.

WEBER, C.; JURUENA, M. Day hospital and psychosocial care center: Expanding the discussion of partial hospitalization in mental health. *Rev Assoc Med Bras*, v. 62, n. 4, p. 361-367, 2016. DOI: 10.1590/1806-9282.62.04.361.

WINKLER, P.; MLADÁ, K.; JANOUSKOVÁ, M.; WEISSOVÁ, A.; TUSKOVA, E.; EVANS-LACKO, S. Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, v. 51, n. 9, p. 1265-1273, 2016. DOI: 10.1007/s00127-016-1263-y.

YOSHIOKA, K.; REAVLEY, NJ.; ROSSETTO, A.; NAKANE, Y. Associations between Beliefs about the Causes of Mental Disorders and Stigmatizing Attitudes: Results of a Mental Health Literacy and Stigma Survey of the Japanese Public. *Int J Ment Health*, v. 45, p. 3, p. 183-192, 2016. DOI: 10.1080/00207411.2016.1204810.

ZHANG, S.; MELLISOL, G.; BRINK, J.; *et al.* Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. *Neurosci Bull*, v. 31, n. 1, p. 99-112, 2015. DOI: 10.1007/s12264-014-1493-5.

Erro médico: uma discussão sobre a responsabilização na prática da medicina

André Luiz Gois de Oliveira³⁰

Fabricio Dias Antunes³¹

A medicina tem sido responsável, desde os primórdios, não apenas pelo restabelecimento da saúde dos indivíduos, mas também pela prevenção de doenças. No entanto, com o passar do tempo, a medicina migrou de um estágio em que se restringia à relação de confiança mútua para uma relação de prestação de serviços (MALUF; MALUF, 2021). Nessa nova configuração, o usuário detém, cada vez mais, um volume maior de informações, fato que o torna ator cada vez mais ativo e mais conhecedor tanto de seus direitos quanto dos resultados esperados. Associado a isso, outros fatores como a facilitação do acesso à justiça, a atuação da Defensoria Pública e o aumento do acesso aos serviços advocatícios têm resultado num crescimento sem precedentes da judicialização da saúde (CARNEIRO, 2019a).

O exercício da medicina, assim como de outras profissões, não detém a infalibilidade e, historicamente, por meio do advento de instrumentos jurídicos, tais como o Código de Hamurabi, caracterizado pelo aspecto da retribuição vingativa do dano; o direito romano, precursor das reparações e indenizações; a Lex Aquilia de Damno, responsável pela

30 Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

31 Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS (2010). Residência Médica em Anestesiologia (2015) pelo Instituto da Previdência dos Servidores de Minas Gerais/Hospital Israel Pinheiro em Belo Horizonte – IPSEMG. Mestrado e doutorado em Ciências da Saúde pela UFS. Título de especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia – TEA-SBA. Título Superior em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia – TSA-SBA. Médico anesthesiologista do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe – HU-UFS e instrutor responsável do Centro de Ensino e Treinamento em Anestesia Menino Jesus de Praga da Universidade Federal de Sergipe – CET: HU-UFS. Professor assistente da Universidade Federal de Sergipe – UFS.

formulação do conceito de culpa, o homem tem tentado estabelecer a medida da responsabilidade na prática médica (SALESI; GARBIM, 2017).

A palavra responsabilidade, etimologicamente, carrega a ideia de compensar ou garantir a restituição de um bem que tenha sido sacrificado. Desse modo, ela consiste na obrigação derivada da ocorrência de um fato jurídico que imputa a seu executante a obrigação de assumir os efeitos de determinado evento ou ato (DUTRA; RIPPEL, 2016).

Atualmente, no Brasil, o erro médico é julgado sob duas esferas, a saber: a legal e a moral. A legal é regida pelas leis e executada nos tribunais e comporta os aspectos civil, administrativo e penal. Por outro lado, a esfera moral compete aos Conselhos de Medicina e é executada pelos processos ético-disciplinares (FRANÇA, 2017).

Nesse contexto de estabelecimento das bases legais do exercício da medicina, a consolidação de leis responsáveis por reger determinado assunto é imprescindível, pois, de acordo com a Constituição Federal, no Brasil, para que haja responsabilidade objetiva, isto é, aquela na qual basta que haja um dano de fato ou apenas em potencial para que o causador seja responsabilizado, é preciso que uma lei a regule e a autorize (PIMENTEL, 2017). Faz-se necessário que, para a formação da obrigação, alguns pressupostos indispensáveis sejam atendidos, tais como: dano, conduta do agente e nexo causal, sendo a culpa, portanto, um elemento apenas facultativo (DUTRA; RIPPEL, 2016). A culpa, por sua vez, consiste em um erro de conduta que se materializa por meio de imprudência, imperícia e negligência (PIMENTEL, 2017).

A imprudência consiste em atitude ativa (comissiva), leviana e desatenta aos cuidados mínimos necessários à execução de sua atividade. Desse modo, é caracterizado como um ato imprudente aquele no qual o profissional procede sem avaliar as condições, as quais ele deveria conhecer e considerar, a exemplo da cirurgia executada de maneira distinta da recomendada, ou praticada por médico sozinho quando é imprescindível a presença de assistentes (MASSAFRA, 2016).

Por sua vez, a negligência é a omissão daquilo razoavelmente esperado, consideradas as condições em que o ato se deu, associadas às eventuais ponderações que dizem respeito à natureza daquela atividade. Sendo assim, se materializa pela inobservância de princípios como atenção, solicitude e discernimento. Objetivamente, o profissional é

negligente quando não faz aquilo que dele se espera por motivos de inércia, passividade, indiferença, desleixo, cansaço ou omissão, ainda que parcial, a exemplo daquele que executa suas atividades em desacordo com o que lhe é exigido, como ao não se atentar às orientações e normas técnicas usualmente aplicáveis a determinado labor (ROSSATO, 2016). É considerado negligente, por exemplo, o médico que demora na prescrição de exames ou procedimentos urgentes. Acerca desse componente da culpa, entende-se que o zelo exigível ao médico deve ser em medida de um homem médio comum, não sendo permitida, portanto, a expectativa excepcional (MASSAFRA, 2016).

Por fim, a imperícia consiste no ato profissional que desconsidera os conhecimentos científicos ou os métodos recomendáveis para aquele cenário ou configuração (OLIVEIRA, 2019). Todavia, para o contexto médico, há certa discordância, embora que não total, acerca da imputação de imperícia ao médico. Para alguns doutrinadores, a exemplo de França (2017), há o entendimento de que não há possibilidade de imputação de culpa por imperícia para o médico, visto que este foi certificado por um diploma que o habilita a executar a profissão legalmente. Para alguns estudiosos, entretanto, mesmo não sendo possível imputar a imperícia propriamente dita, é possível haver incapacidade técnica, uma vez que, mesmo detendo o certificado de habilitação, o profissional pode não estar apto para a execução de todos os procedimentos possíveis (ROSSATO, 2016). Como exemplo de imperícia médica, tem-se o profissional que receita drogas inadequadas ou sem utilidade para o quadro, ou execução de procedimentos fúteis (MASSAFRA, 2016).

Sobre o erro médico, França (2017) menciona que é necessário distingui-lo de acidente imprevisível ou de resultado incontrolável. O erro médico consiste em uma conduta no exercício da atividade que materializa uma inobservância técnica capaz de produzir dano à vida ou à saúde do paciente. Por sua vez, o acidente imprevisível, numa situação médica, se caracteriza pela sua imprevisibilidade, origina-se de caso fortuito ou força maior e implica lesão física ou psíquica no paciente durante o ato médico ou relacionado a ele.

O resultado incontrolável também ocorre durante uma atividade médica e representa um evento grave, inevitável ou de natureza intrínseca à sua condição, pelo qual o profissional médico não possui gestão

e para o qual a ciência e o conhecimento profissional qualificado ainda não provêm solução. Em virtude dessa complexa conjugação de fatores, a medicina tem sido considerada, em grande parte, como uma atividade de meio, pois, mesmo com a execução das melhores práticas, o resultado não será sempre favorável. Portanto, nem todo mau resultado será necessariamente um erro médico.

Acerca dos aspectos jurídicos da obrigação inerente à responsabilidade civil mencionada, René Demogue (1923), em sua obra *Droit des Obligations*, abordou as obrigações sob uma ótica dicotômica, segregando-as em duas classes, a saber: obrigações de meio e de resultado. Segundo o jurista francês, nas obrigações de meio, o devedor se compromete tão somente a desempenhar sua atividade diligente e contenciosamente, lançando mão de todos os recursos disponíveis para a obtenção do melhor resultado. Estando a medicina, em grande parte, submetida a esse tipo de obrigação, o próprio empenho do profissional médico é o objeto de contrato, não existindo, portanto, o compromisso de obtenção de um resultado predeterminado. Assim, para integral cumprimento de sua obrigação, é mandatário o uso de todos os recursos necessários e disponíveis que promovam cura ou lenitivo ao quadro do paciente (DUTRA; RIPPEL, 2016).

Todavia, além do já exposto, em se tratando de uma obrigação de meio, deve-se assegurar que o profissional não incidiu em culpa, isto é, não praticou qualquer ato que possa ser juridicamente considerado como negligência, imprudência ou imperícia, sob pena de indenizar seu credor nos casos em que isso ocorra (CARNEIRO, 2019b). Desse modo, nessa modalidade de obrigação, para que haja a imputação da responsabilidade, deve ser demonstrada a prova do dano, conduta ou nexo de causalidade entre o dano alegado e a conduta, desde que esta seja considerada um erro (PIMENTEL, 2017).

Por outro lado, na obrigação de resultado, como ocorre na cirurgia plástica, há o comprometimento de entrega de um resultado específico preestabelecido, cujo não atingimento implica um inadimplemento contratual passível de indenização. Ademais, é comum que o cirurgião demonstre imagens de resultados obtidos em outros pacientes, o que, mais uma vez, reforça sua estreita relação com a obtenção do resultado. Sendo assim, como consequência natural, o STJ entende que, em caso de

erro, a culpa do cirurgião plástico é presumida, não sendo necessária a comprovação de negligência, imprudência ou imperícia. Nesse cenário, para eximir-se da culpa, cabe ao profissional da saúde provar que não agiu de forma negligente, imprudente ou com imperícia ou, ainda, comprovar que a não obtenção do resultado ocorreu por associação a evento de força maior, caso fortuito, culpa exclusiva da vítima ou de terceiros (CARNEIRO, 2019b). Para isso, tal entendimento se fundamenta no fato de que o paciente, em cirurgias estéticas, diferentemente das reparadoras, não apresenta doença e deseja, portanto, o procedimento com o único objetivo de aperfeiçoamento estético, não havendo outros interesses nessa relação além da obtenção do resultado predeterminado (DUTRA; RIPPEL, 2016).

No mais, faz-se importante trazer algumas considerações: independentemente da modalidade em questão (estética ou reparadora), devemos nos atentar à seguinte questão jurídica: não há que se confundir obrigação de resultado com a responsabilidade civil objetiva. Isto é, caso o cirurgião prometa determinado resultado em contrato e não o cumpra, o vício se encontra presente primariamente na informação veiculada, o que pode implicar complicações judiciais por publicidade abusiva ou enganosa antes mesmo da execução do procedimento (TRENTIN, 2019).

Sobre esse tema, deve-se salientar a posição destoante do Brasil em relação a países como França, por exemplo, em que a obrigação de meio do cirurgião plástico já está pacificada há mais de 30 anos, tendo sido, portanto, considerada como uma cirurgia qualquer, cujo contrato se constitui na prestação do melhor cuidado possível. Contudo, a particularidade que reside nesse tipo de procedimento consiste na intensificação do dever de informação ao paciente acerca do procedimento, o que deve ser feito de forma exaustiva, assegurado pelo registro do consentimento, de forma manifesta, esclarecida e determinada (TRENTIN, 2019).

No que diz respeito ao aspecto obrigacional de resultado do anestesiológico, tal fato é considerado, por alguns estudiosos, uma imperitância em virtude de sua dinâmica operacional e da multiplicidade de desfechos que devem ser identificados celeremente e que demandam rápidas respostas em espaços de tempo demasiadamente curtos. Essa vertente sedimenta seu argumento na necessidade de a esfera

jurídica aprofundar seu conhecimento acerca do tema disposto a fim de se apropriar do estudo dos processos farmacocinéticos associados às drogas e compreender que, dado o fator álea (sorte ou risco), não é possível determinar a totalidade das reações que podem ser apresentadas pelo paciente perante o ato médico tanto clínico quanto cirúrgico (PEREIRA, 2020).

Para efeito de judicialização e requerimento de eventuais indenizações, na responsabilidade de fim, apresenta-se a inversão do ônus da prova, de maneira que o médico deve justificar a não obtenção do resultado esperado. Nesse contexto, a justificativa precisa ser capaz de tornar improcedente a proposta e, para tal, é necessário que ela enseje: culpa exclusiva da vítima, caso fortuito, força maior e fator de terceiro. Nos casos em que haja culpa parcial, com participação do paciente, deve-se considerar uma culpa bipartida, estando cada parte responsável por responder por sua respectiva parcela (ROSSATO, 2016).

Casos fortuitos são eventos não passíveis de previsão, tais como alergia e choque anafilático. Todavia, não se considera caso fortuito em ocasiões nas quais tais desfechos pudessem ser previstos e evitados de acordo com o conhecimento médico de seu tempo, como, por exemplo, a ausência de exames. Ademais, os eventos de força maior são aqueles que, embora possivelmente previsíveis, são completamente inevitáveis (MASSAFRA, 2016). A respeito de erro exclusivo de terceiro, deve-se mencionar que este obrigatoriamente não deve fazer parte do corpo médico, uma vez que o médico é considerado chefe da equipe e por ela responsável (ROSSATO, 2016).

Comentário do especialista³¹

O médico anestesiológico pode se deparar com diversas circunstâncias diferentes com esses meandros que culminariam em erro médico. Assim, serão delineadas a seguir situações de risco para esse tipo de infração e as obrigações médicas regulamentares.

Ao transferir, por exemplo, o dever da avaliação pré-anestésica a um outro profissional que não seja anestesista, esse médico especialista vai de encontro ao art. 2º do Capítulo III do Código de Ética Médica – CEM, que diz ser vedado ao médico delegar a outros profissionais atos ou

atribuições exclusivas da profissão médica. Segundo a alínea c do inciso I do artigo 1º da Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM nº 2.174/17, “o médico anestesista que realizar a consulta pré-anestésica ou a avaliação pré-anestésica poderá não ser o mesmo que administrará a anestesia”, porém é impeditivo que qualquer outro profissional da equipe seja responsável por esse tipo de consulta médica.

Em situações de cirurgias eletivas, em que a emergência não é um fator limitador para uma avaliação pré-anestésica bem delineada, é fundamental que o anestesista confirme informações importantes como antecedentes pessoais e médicos do paciente. Assim, consegue-se cumprir o previsto no art. 1º do Capítulo III do CEM, no qual está claro que é vedado ao médico causar dano ao paciente por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência. Com essas informações do paciente, seria possível verificar, por exemplo, alergias, problemas de saúde, complicações anestésicas anteriores e uso de medicamentos a fim de definir a técnica anestésica mais adequada para aquele caso, além de evitar eventos adversos graves.

A Resolução do CFM nº 2.174/17, que dispõe sobre a prática do ato anestésico, traz ainda em seu art.1º, inciso II, a seguinte determinação: “para conduzir as anestésias gerais ou regionais com segurança, o médico anestesista deve permanecer dentro da sala do procedimento, mantendo vigilância permanente, assistindo o paciente até o término do ato anestésico”. O inciso IV desse mesmo artigo diz que “é vedada a realização de anestésias simultâneas em pacientes distintos, pelo mesmo profissional ao mesmo tempo”. Além disso, é obrigação do profissional supervisionar o paciente do início ao fim do procedimento, não sendo possível delegar essa responsabilidade a outrem, a menos que seja outro médico anesthesiologista, já que este é o único profissional capaz de se responsabilizar pelo ato anestésico.

No art. 1º do Capítulo III do CEM, é vedado ao médico causar dano ao paciente por ação ou omissão; no art. 6º desse mesmo capítulo, o CEM proíbe o profissional de “atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado”; e, para finalizar, no art. 18 está bem claro que “é vedado ao médico desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los”. Logo, sob o

ponto de vista ético, o não cumprimento dessas determinações citadas anteriormente culmina em infração do Código de Ética Médica, podendo desencadear um processo ético-disciplinar.

Portanto, é imprescindível haver prudência, atenção e responsabilidade na atuação da medicina em prol da segurança dos pacientes e da diminuição da ocorrência de danos por erros médicos completamente evitáveis e que podem culminar em processos na esfera moral ou legal.

REFERÊNCIAS

CARNEIRO, S. F. A responsabilidade civil na sala de cirurgia. **DireitoNet**, 2019a. Disponível em: <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/11005/A-responsabilidade-civil-na-sala-de-cirurgia>. Acesso em: 30 jun. 2021.

CARNEIRO, S. F. Responsabilidade civil do médico por erro de diagnóstico: uma análise à luz da jurisprudência. **DireitoNet**, 2019b. Disponível em: <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/11010/Responsabilidade-civil-do-medico-por-erro-de-diagnostico-uma-analise-a-luz-da-jurisprudencia>. Acesso em: 30 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Novas regras para a prática do ato anestésico reforçam segurança do paciente**. 2018. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27457:-2018-02-27-14-12-49&catid=3. Acesso em: 5 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.174/2017, de 2018. **Diário Oficial da União**, 27 fev. 2018. Edição: 39; Seção: 1; p. 75-76-84, 27/02/2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**, modificada pelas Resoluções nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 5 out. 2021.

DEMOGUE, R. **Traité des obligations en général**. Rousseau, 1923.

DUTRA, Z.; RIPPEL, K. A Responsabilidade Civil do Médico na Obrigação de Resultado em Cirurgias Plásticas Cosméticas. **ANIMA: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET**, Curitiba PR – Brasil, Ano VIII, n. 14, jan./jun. 2016. ISSN 2175-7119.

FRANÇA, G. **Medicina Legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

MALUF, C.; MALUF, A. Coronavírus: a relação médico-paciente e os elementos de responsabilidade civil. **Legalis Scientia**, v. 1, n 1, p. 29-57, 2021.

MASSAFRA, B. A responsabilidade civil médica e o termo de consentimento informado. **Revista Jurídica Luso-Brasileira**, Ano 2, n. 3, p. 173-259, 2016.

OLIVEIRA, D. Responsabilidade civil por erro médico nas cirurgias plásticas. **Repositório Institucional AEE**, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/17161/1/Daniella%20Rodrigues%20De%20Oliveira.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2021.

PEREIRA, L. Obrigação de Meios e Descabimento da Inversão do Ônus da Prova em Cirurgia Plástica Estética, em Anestesiologia e Odontologia. **Âmbito Jurídico**, 1º de fev. de 2020. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/biodireito/obrigacao-de-meios-e-descabimento-da-inversao-do-onus-da-prova-em-cirurgia-plastica-estetica-em-anestesiologia-e-odontologia/>. Acesso em: 30 jun. 2021.

PIMENTEL, P. **Responsabilidade civil médica**. Jusbrasil, 2017. Disponível em: <https://patriciafrancopimentel.jusbrasil.com.br/artigos/328704722/responsabilidade-civil-medica>. Acesso em: 13 abr. 2020.

ROSSATO, R. **Responsabilidade civil do médico**. 2016. 61 f. Monografia de conclusão de curso – Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2016.

SALESI, V.; GARBIM, W. Dano estético e responsabilidade civil. **ETIC - Encontro de iniciação científica**, v. 13, n. 13, 2017. ISSN 21-76-8498.

TRENTIN, E. Erro médico na cirurgia plástica – Responsabilidade subjetiva do cirurgião plástico-obrigação de meio. **Âmbito Jurídico**, 2019. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-civil/erro-medico-na-cirurgia-plastica-responsabilidade-subjetiva-do-cirurgiao-plastico-obrigacao-de-meio/resultado>. Acesso em: 30 jun. 2021.

Debate sobre o aborto e a sacralidade da vida humana

Rebeca Meneses Santos³²

Andreza Oliveira Matos³³

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, aborto é a expulsão do concepto com cerca de 20 a 22 semanas completas de gestação, tendo peso inferior a 500 gramas (KNORST; STURZA, 2020). Já no âmbito jurídico, é definido como a interrupção da gravidez com a morte do produto da concepção em qualquer fase do ciclo gravídico (BORGES, 2020). Para uns, uma prática que denota a autonomia da gestante sobre seu próprio corpo. Para outros, um crime contra a vida e, por consequência, contra o dom dado por Deus, trazendo à tona, assim, a ideia da sacralidade da vida humana. O aborto sempre foi pauta de discussão nas diferentes sociedades, e, no Brasil, ainda move os distintos setores sociais na luta pela defesa de seus próprios ideais. O fato é que tal temática abrange vários aspectos que precisam ser colocados em minuciosa análise, dispensando, dessa forma, visões reducionistas que mascaram a invisível e triste realidade de muitos brasileiros (FAÚNDES, 2020).

A priori, é necessário fazer uma análise histórica do aborto a fim de explanar a forma como diferentes sociedades de diferentes épocas lidavam com a temática. Os povos egípcios, hebreus e gregos entendiam o aborto como algo particular da mulher, portanto não deixavam que estivesse sob a gerência do Estado. Os gregos acreditavam que o feto era parte integrante do organismo da mulher, sendo ela, assim, a detentora

32 Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

33 Advogada e pós-graduanda em Ciências Criminais pela Faculdade Complexo de Ensino Renato Saraiva Ltda – CERS.

do poder sobre seu corpo e, por consequência, do feto. Os romanos, por sua vez, tratavam o aborto como uma imoralidade, a não ser que fosse realizado pela vontade do marido. Com a chegada do Cristianismo, o feto elevou-se à categoria de criatura divina, com uma posterior repressão enérgica à prática, transformando, a nível de Estado e Igreja Católica, o aborto em crime no fim da Idade Média. Ainda no período medieval, Santo Agostinho considerou o aborto como crime apenas se ocorresse após 48 dias de fecundação, uma vez que, antes desse período, o feto ainda não havia recebido alma. A partir daí a igreja influenciou as legislações penais que tratavam do aborto, o que ocorre até os dias de hoje. No contexto brasileiro, até o ano de 1830, o aborto não era penalizado caso fosse autoprovocado. Em 1890, com a vigência do Código Penal, a gestante também passou a ser sujeito ativo do delito (MACHADO, 2019).

Na esfera religiosa, mais precisamente a judaico-cristã, a vida é sagrada pelo fato de Deus ser protagonista da origem e da existência, logo o homem não tem poder sobre a morte de outrem. Sob o ponto de vista da Igreja Católica, a instituição religiosa mais forte do Brasil, o aborto é um ato de desrespeito ao direito à vida do feto, uma vez que o útero materno é apenas sua habitação transitória. Além disso, a instituição questiona o fato de a mãe ser plenamente dona de seu corpo, a falta de consideração à dignidade humana do feto e a perseguição da mídia com a religião católica como se fosse a única a ser contra o aborto. Aponta, ainda, o fato de haver incoerência de valores: defender a vida desde a concepção até a morte é ser retrógrado? Defender animais e plantas e ser a favor do aborto e da eutanásia é ser progressista? Quanto à atividade médica, pontua que o juramento de Hipócrates nega o pessário abortivo à mulher, não devendo ser prática desse profissional (BONFANTI, 2019).

Ainda no âmbito religioso, a Igreja Evangélica, uma instituição de grande crescimento e influente no país, considera que o feto não é uma extensão da mãe, sendo um ser independente apesar da relação simbiótica com ela. Dessa forma, a mãe não detém o direito de tirar-lhe a vida. Além disso, o ser humano não é totalmente dono de seu corpo, exemplificado pela visão da religião sobre o suicídio. Há quem aponte a discordância entre o discurso da Igreja Evangélica pelo fato de essa instituição apoiar o Neoliberalismo, um sistema que viabiliza, como uma de suas consequências, a situação de rua de cerca de 150 milhões de

crianças. O aborto não seria, então, uma forma de escapar da extrema pobreza e suas gravidades, como crime, desestrutura familiar, desalojamento, fome e doenças? Onde estaria o argumento de sacralidade da vida humana nessa situação? Tais questionamentos revelam que há uma grande complexidade no conceito de dignidade humana e sua sacralização (FREITAS, 2019).

Quanto à sacralidade da vida humana em específico, entende-se que ela tem como ponto de partida a imagem de Deus e a filiação divina. A vida é, portanto, uma doação de Deus. Sabe-se que a Carta Magna brasileira adotou valores religiosos na sua elaboração, como se pode notar na sua menção a Deus em seu preâmbulo (NOVELINO; CUNHA JUNIOR, 2018). Nesse contexto, há, ainda, uma contradição do sistema jurídico brasileiro ao descriminalizar o aborto de fetos anencéfalos, como é mencionado na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (BREZOLIN; KRAVETZ, 2019) pelo fato de o ser humano ser uma unidade complexa formada por corpo, alma e espírito, sendo a alma uma criação divina. Dessa forma, uma intervenção no corpo afeta o eu, o sujeito humano (GENCIANO JUNIOR *et al.*, 2016). Segundo o jurista e filósofo Ronald Dworkin, em seu livro *Domínio da Vida*, o aborto é um grande problema de ética prática. A discussão pautada na existência ou não de uma pessoa com interesses e direitos no útero é errônea, uma vez que esse pensamento é derivativo, ou seja, há uma pressuposição de que o feto de fato tenha interesses e direitos. Na verdade, para Dworkin, o eixo do discurso deve ser o valor intrínseco da vida, sem depender de interesses e direitos que o feto possa ter, aliás, para que os tenha, é preciso que seja dotado de consciência. Em resumo, a sacralidade da vida humana reside no fato de ser inviolável e intrinsecamente valiosa (BARBOSA; COSTA, 2016).

Sob o ponto de vista de quem defende o aborto como um direito de livre escolha da mulher, tal prática é uma forma de respeito à sua autodeterminação. O direito à vida não deve ser o único ponto a ser debatido, pois o direito à educação e à saúde são, também, os pilares da problemática. A Declaração Universal dos Direitos Humanos assegura o direito à dignidade, à liberdade de expressão, ao pensamento e ao culto, sendo todos ligados à autonomia feminina. Na II Conferência Mundial, em 1984, na Cidade do México, o Brasil concordou com o compromisso do planejamento familiar, trazendo-o para as atividades de assistência

integral à saúde da mulher. O problema é que as políticas públicas de oferecimento adequado de contraceptivos aos brasileiros foram insuficientes. Atrelado a isso está o fato de a responsabilidade reprodutiva ser, em grande parte das vezes, da mulher, pois uma quantidade significativa de homens se ausenta da paternidade. O papel do Estado, nesse sentido, deve ser o de assegurar políticas de planejamento familiar e de oferecer meios seguros e gratuitos como meio de apoio à escolha da mulher, garantindo que as leis sejam postas em prática conforme a triste realidade das brasileiras, e não o juízo de valor íntimo de cada um (BATISTA, 2018).

Juridicamente, existem quatro doutrinas que explicam o ponto exato do surgimento da vida, a saber: a concepcionista, sendo a junção do óvulo com o espermatozoide e a troca de material genético o início da vida; a da nidação, em que o início da vida dá-se pela fixação do embrião ao endométrio; a teoria da atividade neural, pautada na organização básica do Sistema Nervoso Central por volta da décima oitava semana de vida e, por fim, a natalista, em que não há vida intrauterina. O nosso ordenamento jurídico tem como base um pouco de cada teoria no que tange ao significado de vida, como é demonstrado no Código Civil em seu artigo 2º, Código Penal e Lei do Transplante de Órgãos, descrita na Lei nº 9.437/97. Não há, portanto, um consenso. Considerando os direitos fundamentais na questão da interrupção da gestação, do ponto de vista da gestante, sua ação segundo sua vontade preserva seu direito à liberdade e à autonomia. Dessa forma, não cabe ao Estado intervir de forma repressiva. Contudo, em contrapartida, o aborto infringe a existência do feto e sua possibilidade de vida, direito fundamental de primeira dimensão que o Estado deve garantir com prioridade por ser o bem mais inviolável no Direito (PAVANELLI; MORAES, 2018).

É consenso o fato de o aborto ser um grave problema de saúde pública. Como o médico deve se posicionar diante da discussão à luz das normas éticas que o regem? Segundo o Código Penal, em seus artigos 124 e 128, o médico não é criminalmente penalizado em casos de provocação do aborto nas situações de risco de vida para gestante e gravidez resultante de estupro. Isso demonstra que, no conflito entre o direito à vida da mãe e à do feto, a vida materna é priorizada. Contudo, entende-se que o que está em pauta não é a disputa pelo direito à vida, mas sim o

direito à saúde psíquica da mãe ou à segurança social. Uma vez que o equilíbrio social é o fator que assegura política e eticamente o aborto, vê-se que as questões sociais e econômicas poderiam ser justificativas para a descriminalização do aborto provocado. A deontologia médica não se contrapõe a esse entendimento, pois o médico é obrigado a agir à luz da legislação.

O aborto é um problema ético de saúde pública: o médico é moralmente obrigado a garantir a autonomia de cada pessoa, devendo prestar auxílio para que o indivíduo tenha respeitado o sentido que quer dar à sua vida. Isso implica a importância de se ter serviços seguros para a prática do aborto para aquelas que o fazem de maneira responsável. Os princípios da ética sanitária mostram que a moral da saúde pública não deve ignorar o tema. Deve-se respeitar a multiplicidade de perspectivas, porém, sob o ponto de vista ético dos diversos aspectos sociais, isso é irreal. O Direito é, neste caso, muito relevante para o estabelecimento dos deveres morais (GIUGLIANI *et al.*, 2019).

Comentário da especialista³³

Inicialmente, é crucial esclarecer que a descriminalização do aborto é uma questão de saúde pública, e não uma discussão que deve se pautar em preceitos morais ou religiosos, já que a criminalização não vem sendo capaz de coibir a sua prática de forma clandestina, perigosa e muitas vezes fatal para milhares de mulheres no Brasil. A Pesquisa Nacional do Aborto (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016) constatou que, no Brasil, uma em cada cinco mulheres de até 40 anos já se submeteu à prática do aborto.

Ademais, considerar o abortamento uma conduta criminosa fortalece uma latente discriminação social, tendo em vista que o aborto clandestino é consideravelmente mais perigoso para mulheres pobres e em situação de vulnerabilidade social.

É certo que a Constituição Federal põe a salvo o direito à vida desde a concepção, entretanto, como nenhum direito fundamental é absoluto, este pode ser relativizado quando em confronto com outros direitos fundamentais como liberdade individual, autodeterminação e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, direitos esses garantidos também

por tratados internacionais como o de Cairo, em 1994, e o de Pequim, em 1995.

É interessante perceber que manifestações sociais afloradas se multiplicam quando o tema é descriminalização do aborto, mas o mesmo não acontece quando o assunto é abandono socioafetivo paterno de milhares de crianças e adolescentes no Brasil e no mundo.

Segundo o último levantamento do IBGE (2015), cerca de 11 milhões de mulheres criam seus filhos sozinhas no Brasil. E dados do Inep (2011) apontam que 5,5 milhões de brasileiros sequer possuem o nome do pai no registro de nascimento. Esses dados nos fazem questionar a seletividade do sistema punitivo estatal na escolha de quem e quais condutas devem ser punidas.

A criminalização do abortamento permite que o Estado, por meio de seus representantes, imponha uma verdadeira “gravidez compulsória” à mulher, forçando-a a levar adiante uma gestação como se o seu próprio útero não lhe pertencesse, como se ela mesma não tivesse capacidade nem discernimento para tomar uma decisão extremamente pessoal sobre o seu corpo e o seu projeto de vida, violando, assim, a dignidade da pessoa humana e a igualdade material entre homens e mulheres preceituada no artigo 5º da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Inclusive, a tipificação penal do aborto é uma grande contradição, visto que o referido crime acarreta o que se denomina “duplicidade de unidade”, acarretando que a mulher vítima também seja considerada autora do referido delito. Autora, já que, ao realizar o abortamento, pratica o crime tipificado no artigo 124 do Código Penal brasileiro, e vítima, porque, durante a prática do aborto inseguro, tem sua dignidade e seus direitos violados (CARVALHO; MENEZES; SANTOS, 2020).

No âmbito jurídico, o Supremo Tribunal Federal proferiu uma decisão progressista sobre o tema em 2016, quando, em um *habeas corpus*, a 1ª turma fixou, a partir do voto do Ministro Luís Roberto Barroso, que a criminalização do aborto no primeiro trimestre da gestação viola diversos direitos fundamentais das mulheres – como a autonomia, a integridade física e psíquica, a igualdade de gênero e os direitos sexuais e reprodutivos.

Tal decisão possui respaldo não só na Constituição Federal, mas também em normas internacionais como a Convenção sobre a Eliminação

de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Convenção CEDAW), que tem seu cumprimento fiscalizado pelo Comitê CEDAW. Uma das suas recomendações ao Brasil em 2012 foi: “acelerar a revisão de sua legislação que criminaliza o aborto, a fim de remover as proviões punitivas impostas às mulheres, como previamente recomendado pelo Comitê (CEDAW/C/BRA/CO/6, parágrafo 3).

Além disso, tramita também no STF a Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF nº 442 de 2017, proposta pelo Partido Socialismo e Liberdade – PSOL, que objetiva demonstrar que a criminalização do aborto viola direitos fundamentais das mulheres, como cidadania, dignidade da pessoa humana e promoção do bem de todos, sem qualquer forma de discriminação (BRASIL, 2018).

A recusa do exercício de direitos constitucionalmente previstos torna o aborto inseguro o único caminho para mulheres no caso de uma gravidez não planejada, e, de acordo com a referida ADPF, a criminalização de tal conduta viola direitos como saúde, integridade física e psíquica, além da proibição de submissão à tortura ou a tratamento desumano. Por essa razão, a Ação propõe a não recepção parcial dos artigos 124 e 126 do Código Penal, garantindo às mulheres o direito ao aborto nas primeiras 12 (doze) semanas de gestação.

Nesse sentido, ressalta-se o entendimento da Suprema Corte dos Estados Unidos de que o nascituro não é considerado pessoa constitucional, não podendo, pois, ter os mesmos direitos e garantias de um sujeito detentor de direitos fundamentais.

Considerando que a mulher é a única que carrega o ônus integral de uma gravidez, conceder-lhe o direito de interrompê-la a coloca em posição de igualdade material com os homens, segundo o próprio Ministro Barroso (2016). O direito ao aborto seguro é condição para uma democracia genuína e para a afirmação da mulher enquanto indivíduo detentor de direitos sexuais e reprodutivos. Então, caso o STF decida pela inconstitucionalidade parcial do tipo penal em questão, estará reafirmando a própria existência da democracia (BONFIM, 2021).

As problemáticas que permeiam o tema aborto devem ser analisadas sob um viés puramente jurídico, atentando-se, na dissolução desse conflito entre bens jurídicos igualmente relevantes, à condição de Estado laico em que vivemos. Outrossim, é importante especular outras

opções mais eficientes do que a criminalização de tal conduta, como políticas adequadas de educação sexual e reprodutiva, concessão de licença-maternidade e ampliação do acesso a creches públicas (CARVALHO; MENEZES; SANTOS, 2020).

Diante da discordância em relação à prática do aborto, a solução mais simples para os religiosos integrantes dos movimentos pró-vida é não abortar, pois a laicidade do Estado não pode ser comprometida por convicções e crenças pessoais.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, E.; COSTA, T. C. A. A concepção de dignidade humana em Ronald Dworkin: um problema de ética prática. **Griot: Revista de Filosofia**, v. 13, n. 1, p. 306-316, 2016.

BARROSO, L. R. **Voto-vista HC 124.306**. 2016. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/HC124306LRB.pdf>. Acesso em: 26 set. 2021.

BATISTA, A. J. **O aborto como direito de livre escolha da mulher**. 2018. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Direito) - Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 2018.

BONFANTI, T. B. **Legalização do aborto**: argumentos a favor e contra. 2019. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Direito) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Araranguá, 2019.

BONFIM, M. A. B. **A descriminalização do aborto pela via judicial no Brasil**: A ADPF 442 e a legitimidade democrática do STF para decidir sobre a questão. 2021. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/338881/a-descriminalizacao-do-aborto-pela-via-judicial-no-brasil-e-a-legitimidade-democratica-do-stf-para-decidir-sobre-a-questao>. Acesso em: 21 set. 2021.

BORGES, I. V. **Aborto e o direito constitucional à vida**. 2020. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Direito) - Universidade de Caxias do Sul, Vacaria, 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Audiência Pública**. Interrupção voluntária de gravidez. ADPF 442, Brasília, DF, p. 1-623, 3 ago. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3gYxprM>. Acesso em: 21 set 2021.

BREZOLIN, G. B.; KRAVETZ, R. Z. C. Aborto eugênico à luz do princípio da autonomia, uma analogia à jurisprudência do STF. *In*: MARCO, C. M. de; SILVA,

M. C. D. da (Orgs.). **Diálogos sobre Direito e Justiça**: coletânea de artigos 2018. 4. ed. Joaçaba: Unoesc, 2019. p. 261-284.

CARVALHO, G. B. V.; MENEZES, L. M.; SANTOS, L. R. Inconstitucionalidade da criminalização do aborto sob a ótica da ADPF 44: Uma análise do princípio da dignidade da pessoa humana e dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. **Revista Direito UFMS**, Campo Grande, MS, v. 6, n. 1, 2020.

COMITÊ DA CEDAW. **Observações Finais do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher**: Brasil, ONU Doc. CEDAW/C/BRA/CO/7, 23 de março de 2012.

CEDAW - Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Disponível em: <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention>.

DALLARI, S. G. Aborto - um problema ético da Saúde pública. **Revista Bioética**, v. 2, n. 1, 2009.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. **Pesquisa Nacional de Aborto**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2022.

FAÚNDES, A. A importância de discutir abertamente o problema do aborto para a proteção e promoção da saúde da mulher. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

FREITAS, K. P. de. A Teologia Neoliberal e o Conservadorismo Evangélico: Uma análise sobre a discussão do aborto e da condição da criança sem dignidade. **UNITAS - Revista Eletrônica de Teologia e Ciências das Religiões**, v. 7, n. 2, p. 146-158, 2019.

GENCIANO JUNIOR, F. *et al.* **A sacralidade da vida humana**: apoderamentos laicos e religiosos de um conceito por ocasião do debate sobre a descriminalização do aborto de fetos anencéfalos no Brasil. 2016. Dissertação (Pós-Graduação em Ciências da Religião) - Escola de Comunicação, Educação e Humanidades, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, 2016.

GIUGLIANI, C. *et al.* O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, jan./dez. 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais**: Uma análise das Condições de Vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo Escolar da Educação Básica 2011**. Brasília: INEP, 2012.

KNORST, L. D. N. P. G.; STURZA, C. J. M. A (des)criminalização do aborto: uma questão de saúde pública. **Derecho y Salud**, p. 129, 2020.

MACHADO, D. Aborto: Uma análise histórica à luz das novas tecnologias. **In Totum - Periódico de Cadernos de Resumos e Anais da Faculdade Unida de Vitória**, v. 6, n. 2, 2019.

NOVELINO, M.; CUNHA JUNIOR, D. **Constituição Federal para Concursos: Doutrina, Jurisprudência e Questões de Concursos**. 8. ed. Editora Jus PODIVM, 2017.

PAVANELLI, V. V.; DE MORAES, T. G. S. de. Aborto e vida no âmbito jurídico brasileiro. **ETIC - Encontro de iniciação científica**, v. 14, n. 14, 2018.

ZILLES, U. A sacralidade da vida. **Teocomunicação**, v. 37, n. 157, p. 337-351, 2007.

Aborto e responsabilidade médica

Thauany Santos Barreto³⁴

Renata Sousa de Santana Silva³⁵

O ato de cessar a gravidez e vedar o nascimento do feto, denominando o aborto, não é uma prática aceita na sociedade. Quem seguia essa conduta tinha por ela várias intenções, desde interromper uma gravidez indesejada ou até o controle da população. Sob esse aspecto, a finalidade do aborto ainda passa por essa linha, mas sua história ainda está em construção (VIEIRA, 2016).

Somente depois do Cristianismo o aborto passou a ser considerado crime, e essa decisão foi tomada baseada no mandamento “Não matarás”. Todavia, essa determinação nem sempre era levada em consideração e variava de acordo com as circunstâncias (BASTOS, 2018). Atualmente, o aborto é um tema bastante discutido, visto que as pessoas divergem muito quanto à sua opinião sobre o assunto, e isso se dá pelo fato de a discussão envolver moral, ética, religião, Direito e outras óticas (SANTOS; OLIVEIRA, 2018).

A problemática surgiu quando os cristãos começaram a considerar a vida a partir da concepção. Nesse contexto, a medicina ainda diverge muito, principalmente quanto ao marco exato do início da vida (VIEIRA, 2016). Ante essa ideia, o judiciário brasileiro criminaliza o aborto visando a proteção do direito à vida do feto, sendo esse o direito fundamental que permite o exercício dos outros e o seu nascimento de forma digna (OCTAVIANO, 2018).

O Direito observa o aborto de duas maneiras: os que ocorrem natural ou acidentalmente, considerando-o legal, e os que são provocados,

34 Graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

35 Ginecologista e obstetra formada pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

sendo ilegais e sujeitos à punição (BRASIL, 1940). Desse modo, entende-se por aborto natural aquele que acontece sem intenção por parte da mulher, de forma involuntária e sem intervenção humana. Já o aborto provocado é aquele induzido, normalmente com o consentimento da gestante, realizado geralmente em clínicas clandestinas por médicos que o fazem ilegalmente (SANTOS, 2019).

Em casos em que o atendimento médico é solicitado e a paciente encontra-se com sequelas de um aborto ilegal, o profissional é protegido pelo sigilo médico. Ele protege toda informação que lhe é confessada e por laudos obtidos por exames, proibindo o profissional de realizar qualquer denúncia (SANTOS, 2019). Desse modo, o Código de Ética Médica regulamenta o sigilo da categoria dos artigos 73 a 79 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Todavia, ainda existe o aborto provocado legal, que é a interrupção da gravidez realizada por um médico e autorizada pela gestante, os dois estando amparados pelo art. 128 do Código Penal. Para isso, somente três situações garantem esse amparo (SANTOS, 2019), quais sejam:

Aborto terapêutico

Aquele que pode ser realizado quando a gestante corre risco de morte e não há outro modo de salvá-la, sob a circunstância de que a interrupção cesse o risco.

Aborto sentimental

Aquele que pode ser realizado quando a gravidez resulta de um estupro, autorizado pela gestante ou seu representante legal quando incapaz.

Aborto seletivo

Além dessas possibilidades, existe o aborto seletivo, que não é previsto no Código Penal, mas é resultante da decisão do Supremo Tribunal Federal que considera o aborto em caso de fetos anencéfalos, exclusivamente (MARTINS FILHO, 2017).

Diante disso, o Capítulo III do Código de Ética Médica aborda a responsabilidade do profissional em atender ao paciente e a proibição de não prestar serviço enquanto se omite frente à possibilidade de causar risco à vida humana (CFM, 2018). No entanto, esse não é um dever absoluto, sendo previstas no próprio Código de Ética Médica algumas situações em que o médico pode se valer da objeção de consciência por causa de ideologias pessoais (MARTINS FILHO, 2017).

A objeção de consciência se configura como um tipo de liberdade pública clássica que de forma legítima dá aos profissionais o direito de se negar a fazer algo de acordo com sua consciência (SILVA, 2017). Entretanto, há um limite entre a objeção de consciência, negando a prestação do serviço, e a obrigação de prestá-lo, especialmente no caso de um aborto legal. Nesse contexto, o Ministério da Saúde afasta o direito à objeção de consciência quando há chance de morte, não haja outro médico disponível ou quando há possibilidade de causar danos à mulher (DINIZ, 2011).

Comentário da especialista³⁵

O Código de Ética Médica (CFM, 2018) diz, no inciso VI do Capítulo I, dos princípios fundamentais, que: “O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade”.

Com essa afirmativa e com tudo o que foi dito neste capítulo, podemos refletir sobre nosso papel como médicos e cidadãos diante de um caso de “aborto legal” e entender que o respeito pelo ser humano deve se estender tanto pela mãe como também pelo nascituro, ratificado no Código Civil brasileiro (BRASIL, 2002) em seu artigo 2º.

Assim, ainda que a mãe tenha seu direito nos casos de aborto legal, também é nosso dever zelar pela vida desse novo ser indefeso desde o início da sua existência. Apesar das discussões sobre quando de fato se inicia a vida humana, nossas convicções pessoais não devem ser esquecidas e são garantidas pelo nosso Código de Ética (CFM, 2019). Então é nosso dever também como médicos trabalhar em favor da vida em qualquer estágio do seu desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

BASTOS, P. M. B. A percepção do aborto ao longo da história e a construção do seu conceito nos dias atuais. **Revista Eletrônica de Teologia e Ciência das Religiões**, 2018. Disponível em: <http://revista.fuv.edu.br/index.php/unitas/article/view/609>. Acesso em: 29 jun. 2021.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 6 jul. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Código Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 6 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217, de 22 de setembro de 2018, modificada pelas **Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: CFM, 2019.

DINIZ, D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 45, n. 5, p. 981-985, out. 2011. DOI: 10.1590/s0034-89102011005000047.

MARTINS FILHO, J. A. A (im)possibilidade do profissional médico invocar a objeção de consciência nos Casos de aborto legal. **II Conselho Sul Brasileiro de Direito**, 2017. Disponível em: <https://emporiododireito.com.br/uploads/livros/pdf/1526316401.pdf#page=7>. Acesso em: 11 jun. 2021.

OCTAVIANO, J. P. Z. Direito à vida e o debate sobre a criminalização do aborto. **Revista de Iniciação Científica e Extensão da Faculdade de Direito de Franca**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 369-378, jun. 2018. Faculdade de Direita de Franca. DOI: 10.21207/2675-0104.2018.806.

SANTOS, H. R. P.; OLIVEIRA, M. M. **A descriminalização do aborto, como uma visão mundial e visto como um problema de saúde pública**. 2018. Disponível em: <https://servicos.unitoledo.br/repositorio/handle/7574/1918>. Acesso em: 8 jun. 2021.

SANTOS, C. S. V. Análise da quebra do sigilo médico profissional nos casos de aborto dentro do direito brasileiro. JiParaná: Centro Universitário São Lucas, 2019.

SILVA, M. C. O. **A via crucis da legalidade: violência sexual, aborto e objeção de consciência em uma maternidade potiguar**. 2017. 117f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/24875>. Acesso em: 11 jun. 2021

VIEIRA, J. S. B. **Conflitos no âmbito da medicina: o dever de notificar o crime de aborto e o dever de sigilo profissional**. 2016. Monografia (Bacharelado em Direito) - Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/166163>. Acesso em: 29 maio 2021.

Barriga de aluguel x barriga solidária

Byanka Porto Fraga³⁶

Diogo Costa Garção³⁷

Sabrina Maria R. J. Costa³⁸

Os tempos mudaram! E essa afirmativa reflete bem o campo da Reprodução Humana Assistida – RHA, pois desde os primórdios existe uma preocupação quanto à fertilidade, à concepção e à geração de descendentes. Antigamente, a única forma para os casais inférteis terem filhos era a adoção. Mas hoje a medicina de reprodução se mostra bastante evoluída, ampliando os meios para formação de uma família. Sendo assim, com a evolução da ciência, as formas de reprodução ganharam novos meios, e duas práticas são bastante discutidas: a barriga de aluguel e a barriga solidária (SANTOS, 2010).

Segundo Cardin *et al.* (2015), a maternidade substitutiva (termo que se refere tanto à barriga de aluguel quanto à barriga solidária) ocorre quando um casal idealizador do projeto parental, por problemas de saúde ou união homoafetiva, não consegue engravidar e se utiliza de outra mulher para implantação do embrião, o qual irá se desenvolver e, após o nascimento, deverá ser entregue ao casal idealizador.

Quando se reflete sobre essas condutas, ambas realizadas de maneira assistida (FUZA, 2019), pode-se dizer que a diferença básica entre a

36 Mestre, doutora e docente do Departamento de Educação em Saúde da Universidade Federal de Sergipe – UFS. Graduanda em Medicina pela Universidade Tiradentes em Aracaju-SE.

37 Fisioterapeuta pela Universidade Tiradentes – Unit. Especialização em Intervenção em Neuropediatria e mestrado e doutorado em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Professor adjunto do Departamento de Morfologia da UFS.

38 Biomédica pelo Centro Universitário Hermínio Ometto, especialista em Reprodução Humana Assistida pelo Instituto Sapientiae - Faculdade de Medicina de Jundiá. Mestre e doutora em Biotecnologia Industrial pela Unit. Atualmente, é embriologista sênior responsável pelo laboratório de fertilização *in vitro* na Clínica Fertilità.

barriga solidária e a barriga de aluguel é a finalidade lucrativa, pois, enquanto a primeira não exige cobrança financeira para que uma mulher ceda seu ventre para gerar o filho de outra, a segunda visa receber um determinado valor para o mesmo objetivo (POLI; VIEGAS, 2015).

Dessa forma, a prática da barriga de aluguel é ilícita no Brasil, pois o artigo 199, § 4º, da Constituição Federal (BRASIL, 1988), dispõe sobre as condições e os requisitos da remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como sobre a coleta, o processamento e a transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Ainda, a Resolução nº 2.294/2021, Capítulo VII, do Conselho Federal de Medicina – CFM, que trata sobre a gestação de substituição (cessão temporária do útero), dispõe o seguinte:

As clínicas, centros ou serviços de reprodução podem usar técnicas de RA para criar a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação, ou em caso de união homoafetiva ou de pessoa solteira.

1. A cedente temporária do útero deve ter ao menos um filho vivo e pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau. Demais casos estão sujeitos a avaliação e autorização do Conselho Regional de Medicina.
2. A cessão temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial e a clínica de reprodução não pode intermediar a escolha da cedente.
3. Nas clínicas de reprodução assistida, os seguintes documentos e observações deverão constar no prontuário da paciente:
 - 3.1 Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos pacientes e pela cedente temporária do útero, contemplando aspectos biopsicossociais e riscos envolvidos no ciclo gravídico-puerperal, bem como aspectos legais da filiação;
 - 3.2 Relatório médico atestando adequação clínica e emocional de todos os envolvidos;
 - 3.3 Termo de Compromisso entre o(s) paciente(s) e a cedente temporária do útero que receberá o embrião em seu útero, estabelecendo claramente a questão da filiação da criança;
 - 3.4 Compromisso, por parte do(s) paciente(s) contratante(s) de serviços de RA, públicos ou privados, de tratamento e

acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que cederá temporariamente o útero, até o puerpério;

3.5 Compromisso do registro civil da criança pelos pacientes, devendo essa documentação ser providenciada durante a gravidez;

3.6 Aprovação do(a) cônjuge ou companheiro(a), apresentada por escrito, se a cedente temporária do útero for casada ou viver em união estável.

Vale ressaltar ainda que, nessa resolução atual, algumas regras sobre o tema em questão foram ampliadas, acrescentando-se ao cenário das mulheres doadoras temporárias do útero a filha e a sobrinha, o que era proibido pelo texto prévio. Essa mudança tornou-se necessária justamente para ampliar a relação das mulheres ligadas à família que possam voluntariamente colaborar com o processo de procriação pretendido. Além disso, de acordo com as novas regras, as pessoas solteiras, tanto homens como mulheres, também passaram a poder utilizar esse procedimento (GARCIA, 2018).

De modo geral, a barriga solidária é indicada em algumas situações, como na ausência do útero, alterações uterinas que impeçam a gravidez (malformações uterinas, sinequias, miomas, pólipos) e que não sejam tratáveis, doenças maternas que apresentam alto risco de morte durante a gestação, como doenças cardíacas, pulmonares ou renais graves, além de sucessivas falhas de implantação embrionária e/ou fetal (NOVO, 2019).

Assim, por dificuldades em encontrar familiares dispostos a cederem seu útero, muitos casais oferecem valores razoáveis de forma clandestina a mulheres que oferecem seu útero nas redes sociais através de acordos verbais que muitas vezes acabam na justiça. Porém, quando a família possui um poder aquisitivo razoável, busca a prática da barriga de aluguel nos países em que esse é um ato lícito, sendo os mais procurados Estados Unidos, Ucrânia, Grécia e Albânia, onde todo o acordo tem cunho formal e proteção jurídica (LANDO, 2021).

Em virtude de tantos problemas médicos e jurídicos ocorridos por essa prática ilegal, tal assunto precisa ser discutido a fim de que se encaminhe a legalização da sua prática, protegendo todos os envolvidos,

pois, mesmo sendo uma prática proibida, essa realidade é frequente no Brasil (VIEGAS, 2018).

Quanto aos argumentos sobre a maternidade substitutiva, os defensores da prática afirmam que a mulher, em sua perfeita capacidade de discernimento e detentora do exercício da autonomia corporal, pode receber uma compensação financeira ao ceder seu útero. Além disso, poderá haver uma confusão entre o casal e a gestante quando esta for da família e não for remunerada pelo ato, pois ela poderia se sentir a mãe da criança devido ao convívio familiar (ROSA, 2016).

Por outro lado, os críticos afirmam que o procedimento da barriga de aluguel deságua no medo da exploração comercial dessa solução, na “coisificação do ser humano”. Isso porque, não obstante se tenha duas mulheres capazes juridicamente, estas trataram um contrato de objeto ilícito, porquanto não permitida a alienação de pessoa humana (POLI; VIEGAS, 2015). Adicionalmente, argumentos religiosos são utilizados contra a utilização da maternidade substitutiva devido a essa prática ser contrária ao conceito doutrinário de unidade matrimonial e à dignidade da procriação da pessoa humana (SANTOS, 2010).

Diante do exposto, observam-se quantos conflitos envolvem a RA, principalmente em se tratando da gestação por substituição de forma remunerada. Sendo assim, é necessário repensar com urgência essa prática no Brasil, pois a ausência de regulamentação específica, juntamente com sua contínua prática clandestina, muitas vezes culmina em processos jurídicos. Por isso, observa-se a necessidade de uma reflexão especial e uma discussão maior sobre esse tema tanto do CFM quanto do poder judiciário.

Comentário da especialista³⁸

O útero de substituição é uma prática na qual uma mulher gesta um embrião de outra mulher que não foi gerado a partir de seus oócitos, ou seja, o embrião não tem relação genética com a mulher que gesta. Essa prática teve seu início com o objetivo de ajudar mulheres com o desejo de serem mães, mas que são impossibilitadas por alguma alteração estrutural e/ou funcional no útero ou até mesmo pela ausência do

útero, quer seja congênita ou por doença uterina que necessite da retirada desse órgão (AZNAR; PERIS, 2019).

Essa técnica vem ganhando espaço entre os casais homoafetivos masculinos que tinham o sonho da paternidade e não podiam realizá-lo por não possuírem o órgão responsável por possibilitar a geração de uma vida. Entre os casais homoafetivos femininos, em muitos casos, ambas querem ter participação na gestação, então o útero de substituição acontece quando uma das parceiras recebe em seu útero os embriões gerados a partir dos oócitos de sua parceira.

A prática de útero de substituição é um tema mundialmente polêmico por questões éticas e religiosas. Algumas instituições religiosas defendem que o útero de substituição é fundamentalmente incompatível com a dignidade humana, pois a criança deve ser concebida e gerada pelos seus pais biológicos. As polêmicas éticas estão em sua maioria relacionadas à objetificação do corpo feminino por usar seu corpo para outro fim que não o seu próprio bem, tratando-a como mercadoria, como algo que pode ser comprado e vendido, como uma coisa incompatível com a dignidade da mulher e seus direitos. E, levando em consideração esses dois pontos polêmicos, ética e religião, alguns países proíbem totalmente a prática de útero de substituição, outros permitem a prática altruísta (sem fins lucrativos) e outros permitem a prática comercial (com recompensa financeira – barriga de aluguel) (AZNAR; PERIS, 2019).

No momento, o útero de substituição comercial é legalizado sem restrições em alguns países como Israel, Ucrânia, Geórgia, Rússia e no estado da Califórnia (EUA). Alguns países permitem, sob várias condições, a prática altruísta, como Bélgica, Grécia, Holanda, Reino Unido, Portugal, Austrália, Canadá, Nova Zelândia e alguns estados norte-americanos. Na Europa, é expressamente proibido em qualquer modalidade na Áustria, Bulgária, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Itália, Malta, Noruega, Espanha e Suécia (AZNAR; PERIS, 2019; PIERSANTI *et al.*, 2021).

No Brasil, não há lei que regulamente tal prática. O que existe é o Projeto de Lei nº 1.184/2003 do Senado Federal (BRASIL, 2003), que proíbe qualquer modalidade de útero de substituição, tanto altruísta quanto comercial, e está no momento aguardando audiência pública para debater as normas para essa prática e outras dentro do campo da Reprodução Humana Assistida. No momento, a prática é regulamentada pelo

Conselho Federal de Medicina, que permite o útero de substituição na forma altruísta, sendo que deve haver parentesco consanguíneo até quarto grau entre os envolvidos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2021).

Dentro do ponto de vista técnico, essa é uma técnica que leva muitas pessoas a concretizarem o sonho da maternidade e da paternidade quando essas são impossibilitadas por questões biológicas como a ausência de útero ou útero ineficaz. Entretanto, os envolvidos precisam estar muito bem resolvidos psicologicamente, visto que a gestação é um momento em que podem ser desenvolvidos fortes laços da gestante com o bebê. Quando esses pontos estão bem definidos, o resultado esperado é a concretização do sonho da maternidade/paternidade por aqueles que jamais poderiam realizar sem a prática do útero de substituição.

REFERÊNCIAS

AZNAR, J.; PERIS, M. M. Gestational Surrogacy: current view. **The Linacre Quarterly**, [S. l.], v. 86, n. 1, p. 56-67, fev. 2019. DOI: 10.1177/0024363919830840.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. 56. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei nº 1.184 do Senado Federal, de 03 de junho de 2003. **Dispõe sobre a Reprodução Assistida**. Brasília: Senado Federal, 2013. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/ficha-detramitacao?idProposicao=118275>. Acesso em: 14 abr. 2022.

CARDIN, V. S. G.; GUERRA, M. G. R. M.; SANTOS, A. C. G. G. Dos limites da disposição do próprio corpo: uma análise da cessão do útero como efetivação do direito ao planejamento familiar à luz da teoria geral dos contratos. **Revista de Bioética y Derecho**, [S. l.], v. 35, n. 35, p. 79-93, nov 2015. DOI: 10.1344/rbd2015.35.14283.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.294, de 27 de maio de 2021. **Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2021/2294_2021.pdf. Acesso em: 20 mar. 2022.

FUZA, J. C. **Reprodução Assistida**: Barriga solidária e Barriga de aluguel – uma análise jurídica e social. 2016. Disponível em: <https://juliacasaresfuza.jusbrasil.com.br/artigos/337791410/reproducao-assistida-barriga-solidaria-ebarriga-de-aluguel-uma-analise-juridica-e-social?ref=feed>. Acesso em: 12 jul. 2021.

GARCIA, C. P. M. Requisitos e deveres da gestação por substituição. **Ensaio USF**, v. 2, n. 1, p. 98-117, 2018. DOI: 10.24933/eusf.v2i1.99.

LANDO, C. C. **Os impactos causados pela Covid-19 nos contratos de barriga de aluguel**. 2021. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2021-fev-23/lando-impactos-covid-19-contratos-barriga-aluguel>. Acesso em: 8 jul. 2021.

NOVO, B. N. **Barriga solidária**. 2019. Disponível em: <https://benignonovonovo.jusbrasil.com.br/artigos/766527431/barriga-solidaria>. Acesso em: 8 jul. 2021.

PIERSANTI, V. *et al.* Surrogacy and “Procreative Tourism”. What Does the Future Hold from the Ethical and Legal Perspectives? **Medicina**, [S. l.], v. 57, n. 1, p. 47-62, 8 jan. 2021. DOI: 10.3390/medicina57010047.

POLI, L. M.; VIEGAS, C. M. A. R. **A legalização do contrato de barriga de aluguel, sob a ótica do princípio da autonomia privada**. 2015. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/44596/a-legalizacao-do-contrato-de-barriga-de-aluguel-sob-a-otica-doprincipio-da-autonomia-privada>. Acesso em: 12 jul. 2021.

ROSA, C. P. **Novos rumos do Direito de Família e Sucessões**. Porto Alegre: IBDFAM-RS/RJR Editora, 2016.

SANTOS, O. M. Gravidez de substituição. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 363-367, dez. 2010. DOI: 10.1590/s1519-38292010000600014.

VIEGAS, C. M. A. R. **A legalização do contrato de “Barriga de aluguel”**. 2018. Disponível em: <https://claudiamaraviegas.jusbrasil.com.br/artigos/623000853/a-legalizacao-do-contrato-de-barriga-de-aluguel-sob-a-otica-do-principio-da-autonomia-privada>. Acesso em: 7 jul. 2021.

Recusa de tratamento e alta a pedido

Wesley José Ferreira Santos³⁹

Gilberto Bezerra Ribeiro⁴⁰

INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente desde seus primórdios hipocráticos apresenta-se de forma paternalística, ou seja, uma relação semelhante à de um pai para com seu filho no tocante à orientação de condutas visando o bem-estar físico e mental para este, sem o benefício de nenhuma recompensa. A enfermidade o privaria de integral discernimento, e o médico deveria dedicar a ele a mesma atenção devotada a uma criança, que desconhece o que é melhor para si (DINIZ, 2009). “Por outro lado, não se pode ignorar a maior aptidão do profissional médico para tomar a decisão mais eficaz quanto a determinado tratamento” (LIMA; MACHADO, 2021, p. 45).

No entanto, a Constituição Federal brasileira (BRASIL, 1988) elege a dignidade da pessoa humana como um dos pilares da República, o que torna urgente a prática médica que garanta tal princípio e que seja norteada de tal forma que considere que “O homem, e, duma maneira geral, todo o ser racional, existe como fim em si mesmo, não só como meio para o uso arbitrário desta ou daquela vontade” (KANT, 2005). Percebe-se, nesse sentido, que a atualidade vem reconhecendo o paciente como um sujeito de direitos, não mero objeto de cuidados médicos. Tem ele autonomia para decidir o que é melhor para si e o direito de tomar conhecimento da verdade, traduzido como *direito ao consentimento informado* (DINIZ,

39 Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

40 Médico pela Universidade Federal de Sergipe. Especialista e doutorando em Bioética pela Universidade do Porto. Membro da Associação Latino-Americana de Direito Médico. Professor assistente do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Membro da SBOC. Perito judicial.

2009). Assim, observa-se que a relação médico-paciente pautada pelo conhecimento científico do primeiro e pela submissão do segundo é majoritariamente considerada ultrapassada (LIMA; MACHADO, 2021).

Por isso, apesar de a ciência médica possuir o aporte técnico adequado e capaz de eleger o melhor procedimento em um dado tratamento, a intervenção propriamente dita só deve ser praticada após livre e esclarecido consentimento das partes envolvidas. Uma questão a ser considerada, assim, é que nem sempre a opção tecnicamente mais viável corresponde à alternativa que melhor satisfaz a consciência e a subjetividade de valores inerentes a cada indivíduo (LIMA; MACHADO, 2021).

Convém, portanto, construir uma atuação com base deliberativa, em que o médico seja capaz de expor as opções existentes e pertinentes a dada intervenção em saúde, buscando o consenso com o paciente e, assim, o respeito à escolha racional e autônoma que vier, por ele, a ser tomada.

A evolução dos princípios bioéticos envolvidos na recusa de tratamento e na alta a pedido

Com a rápida evolução das ciências, e em especial das ciências médicas, fato notável no contexto da Segunda Guerra, criou-se um abismo na correlação ética/ciência, afastando-se o profissional médico da primeira, sem preocupação de promover transgressão de barreiras éticas, não discernindo o humano do inumano e, portanto, contribuindo para o emprego errôneo dos seres humanos pela prática médica.

Esse emprego errôneo, por sua vez, foi normatizado no Código de Nuremberg, de 1947, realizado logo após o término da Segunda Guerra, em que ficaram estabelecidos critérios para experimentação em seres humanos. Dentre esses critérios, fica destacada a formulação do consentimento voluntário do sujeito humano, livre e consciente, em plena capacidade legal de dar seu consentimento. Para tal, o indivíduo deve estar devidamente informado sobre os riscos inerentes aos procedimentos experimentais, tais como natureza, objetivos imediatos e mediatos, riscos, duração, finalidade, métodos, sendo excluídos quaisquer experimentos que possam causar lesão grave e permanente para o paciente, bem como os estudos de compatibilidade anteriormente precedidos em outros animais (SILVA, 1998).

O próximo avanço significativo relacionado à discussão ética/ciência se deu em 1974, quando o Congresso dos Estados Unidos cria uma comissão encarregada de identificar os princípios éticos básicos que deveriam guiar a investigação em seres humanos pelas ciências do comportamento e pela Biomedicina. Essa reflexão proposta pela bioética acentua o dever de priorizar o ser humano frente às pesquisas científicas e aos avanços tecnológicos, que, por vezes, podem escravizar o homem à intervenção da técnica (MÖLLER, 2007).

Essa comissão traz o chamado “Informe de Belmont”, contendo três princípios: a) *o da autonomia*, ou do respeito às pessoas por suas opiniões e escolhas, segundo valores e crenças pessoais, ou seja, o médico deve respeitar a vontade dos pacientes, visando suas crenças e seus valores morais, ficando a cargo deles a decisão sobre o tratamento que estão lhes oferecendo, sendo que o enfermo pode optar por seguir, ou não, a prescrição médica; b) *o da beneficência*, que se traduz na obrigação de não causar dano, de extremar os benefícios e minimizar os riscos, preocupando-se com o bem-estar do outro, sendo extremamente necessário levar em conta os desejos do paciente (CFM, 2009, art. 2º); c) *o da justiça* ou imparcialidade na distribuição dos riscos e dos benefícios, não podendo uma pessoa ser tratada de maneira distinta da outra, salvo no caso de haver entre ambas alguma diferença relevante. Encontra-se alicerçado no direito fundamental de igualdade e na necessária equidade na distribuição dos recursos e no atendimento à saúde, nos termos constitucionais do direito à vida em sua dupla acepção: o direito de continuar vivo e o direito de ter vida digna (princípio da dignidade humana) quanto à sua subsistência (MATEO, 1887; MÖLLER, 2007).

Já em 1979, um novo princípio é formulado por Tom L. Beauchamp e James F. Childress, o *princípio da não maleficência*, segundo o qual não se deve causar mal a outrem. Diferencia-se, assim, do princípio da beneficência, que envolve ações positivas como prevenir ou eliminar o dano e promover o bem, não tendo uma separação significativa entre um e outro princípio (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Por fim, é importante destacar que a evolução dos princípios bioéticos conflui para a garantia da *qualidade de vida* do indivíduo. Assim, o princípio da qualidade de vida traduz a ideia de que a vida humana não é um valor absoluto, mas digno de proteção, enquanto apresente um

determinado nível de qualidade de vida, representada pela capacidade de o indivíduo se relacionar com os demais indivíduos e de comunicar suas vontades por meio de seus próprios atos. É um direito irrenunciável ao livre-arbítrio, em que um enfermo em estado terminal pode, muitas vezes, possuir condições de manifestar sua vontade. Trata-se, desse modo, de evitar o prolongamento artificial e desnecessário de uma existência inviável (BRAUMER, 2007).

O consentimento livre e esclarecido como garantia da autonomia do indivíduo

O juiz Benjamin Cardoso, em 1914, nos Estados Unidos da América, no caso conhecido como “Shoelendorf”, sentenciou o médico que realizou uma cirurgia com extensão superior à autorizada pelo paciente, cuja motivação foi que *“todo ser humano de idade adulta e com plena consciência tem o direito de decidir o que pode ser feito no seu próprio corpo”*, reforçando dessa maneira a Teoria da Autonomia de John Stuart Mill (1806-1883), que anteriormente tinha citado: *“sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente, o indivíduo é soberano”*. Isso significa autodeterminação, autogoverno. A própria pessoa toma suas decisões. Em caso de haver alternativas diferentes, possa ter a livre escolha e ser capaz de agir, segundo a escolha que fez, sem restrições (GOLDIM, 2004).

Já a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), em seu artigo 5º, inciso III, diz que *“ninguém será submetido sem o seu livre consentimento a experimentos médicos ou científicos, sendo esse consentimento sempre exteriorizado de forma expressa”*. O fundamento básico desse consentimento é a garantia do princípio da autonomia, sendo, portanto, necessária, para a ocorrência de qualquer ato médico, a autorização prévia do paciente. Ademais, o consentimento, para que seja válido, deve ser livre, isto é, isento de coação, influência ou indução, de modo que o indivíduo pode escolher a alternativa que melhor lhe convém. Além disso, ele precisa ser esclarecido. Para que se cumpra essa última exigência, deve o médico adequar a linguagem científica à realidade do paciente (FRANÇA, 2017).

Primeiramente, devem ser fornecidas, nesse momento, alternativas de tratamentos e seus prognósticos. Se persistirem dúvidas, que lhe sejam esclarecidas através de familiares ou terceiros que tenham

relacionamento de intimidade ou amizade e que possam transmitir as informações numa linguagem mais adequada para a sua compreensão. As alternativas de tratamento devem ser colocadas em *prima facie*, logo de início, com suas vantagens e desvantagens, atentando-se para o fato de que o médico deve apenas informar e não induzir o paciente a tomar a decisão preferencial do médico e não aquela que interesse ao paciente.

Em segundo lugar, satisfazendo a premissa inicial, o paciente não deverá ser obrigado a uma resposta de imediato sobre a sua escolha, acreditando apenas na palavra e honradez do profissional de saúde. Pode e deve também, se achar necessário e conveniente, buscar auxílio de familiares ou amigos a ele ligados para que possa, isolada ou conjuntamente, escolher a decisão que mais lhe for conveniente, salvo naqueles casos de urgência ou emergência em que a demora, mesmo que de curta duração, possa piorar ou lhe ocasionar lesões graves. E, mais ainda, esse consentimento poderá ser retirado, transformado, alterado a qualquer momento, sem recusa do médico, salvo nos casos de interesses coletivos ou de terceiros que devem ser preservados. Pode ainda o paciente se recusar a qualquer tratamento, solicitando, inclusive, alta voluntária, sendo que a sua opinião deve ser avaliada pelo profissional médico assistente.

Outrossim, o médico deve evitar danos à saúde do paciente (princípio da não maleficência), além de fazer o possível, dentro do bom senso e seguindo os ditames da sua consciência, para garantir a saúde do indivíduo sob cuidados (princípio da beneficência). Com isso, considera-se que em casos de risco iminente à vida, com inadiável necessidade de se efetuar um dado procedimento terapêutico, deve o médico efetuar o tratamento, mesmo que seja negado o consentimento. Por último, em casos de tratamentos que possam oferecer risco desnecessário à saúde do paciente, deve o médico se abster de efetuá-lo, mesmo que seja consentido pelo paciente (FRANÇA, 2017).

É, também, importante discutir sobre as condições que tornam um indivíduo apto a consentir, bem como as situações em que é necessário buscar o chamado consentimento substituto. Para Dworkin (2003), três tipos de situações são encontrados no paciente: consciência e competência; inconsciência; e consciência e incompetência.

A condição de agente capaz nos remete ao Código Civil, em seu artigo 5º (BRASIL, 2002), que diz: “a menoridade cessa aos 18 anos

completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil”, ou seja, a capacidade de praticar atos da vida civil inicia-se plenamente a partir dos 18 anos de idade, encerrando-se essa capacidade com a morte real ou presumida de acordo com o artigo 6º do mesmo dispositivo legal. Nessa relação jurídica médico-paciente, sendo este um agente capaz, fica desde já revestido de legitimidade para tomar decisões, desde que devidamente informado acerca das obrigações legais que esse relacionamento traz para o mundo jurídico (ANGHER, 2008).

Para o consentimento livre e esclarecido, algumas exceções se apresentam para justificar a sua ausência, tornando-o irrelevante juridicamente, pois a espera para a sua obtenção poderia causar maior mal ao paciente do que prestar uma intervenção sem a devida outorga. Os casos de exceções ao direito de consentir são aqueles em que o interesse público se sobrepuja aos interesses privados, quando o paciente não esteja com capacidade de tomar decisões e quando estejam presentes situações com risco vital ou de lesões progressivas e irreversíveis para o paciente (CASABONA, 2004).

No primeiro caso, avilta-se o direito de autonomia do paciente, porém o objeto que se busca proteger é a saúde pública nos âmbitos médico e sanitário, como pode ser explicitado nos casos de epidemias ou de doenças cuja natureza seja de notificação obrigatória nos registros sanitários. Pode, portanto, a autoridade sanitária realizar tratamentos ou medidas coativas, mesmo contra a vontade dos pacientes, objetivando benefícios para a saúde pública de uma maneira geral (CASABONA, 2004).

No segundo caso, apresentam-se as situações de urgências e de emergências graves para os pacientes que estiverem em estado de coma, choque, baixo nível de consciência, estando assim incapacitados de manifestar sua outorga, e os familiares ou representantes legais, ou de seu entorno familiar, não estejam presentes para manifestação do consentimento apropriado. Isso gera um consentimento tácito, em que o facultativo age em benefício do paciente, presumindo que, na hipótese de ele estar consciente, se encontraria um consentimento verdadeiro, objetivo (CASABONA, 2004).

No terceiro caso, em que há risco de vida para o paciente, a não intervenção por parte do facultativo resultaria em lesões mais graves para o paciente, ficando descaracterizado o consentimento do tipo dito como

implícito ou presumido, cujo fundamento jurídico espelha-se no estado de necessidade originado pelo perigo de vida, objeto pelo qual pode “prescindir-se do consentimento expresso”. Se a situação, por sua vez, não é urgente nem grave, não pode o médico utilizar-se de tal artifício, devendo apenas tomar medidas compatíveis com o não agravamento da patologia do paciente e posteriormente procurar a obtenção do consentimento do próprio paciente ou daqueles legalmente autorizados (CASABONA, 2004).

Nos casos de incapacidade do paciente para prestar o consentimento, sendo essa incapacidade decorrente de uso de substâncias químicas, estado de embriaguez, enfermidades agudas ou crônicas, traumatismos, ou qualquer outra patologia, se em estado de urgência ou emergência, deverão ser seguidos da mesma forma os princípios da beneficência ou da não maleficência, objetivando uma melhor perspectiva de melhoria da saúde do paciente. Nos casos em que não haja necessidade de urgência ou emergência, ou em que se mantenha essa incapacidade, deverá ser seguida a regra geral da ordem dos seus respectivos representantes legais e, nas ausências, ser ouvido o Ministério Público, e uma decisão judicial deverá ser proferida, buscando garantias para o manejo correto dos pacientes (CASABONA, 2004).

Por fim, na negativa do consentimento, excetuando-se as hipóteses descritas anteriormente, pode o facultado negar-se a qualquer ato médico de prevenção, de diagnóstico de tratamento e de recuperação, vigorando dessa maneira o princípio da autonomia quando salvaguardadas as hipóteses de interesse coletivo. Cabe ao facultativo oferecer ao facultado informações acerca de outras opções de tratamento, quando existentes, bem como a informação completa acerca dos prognósticos e da evolução da sua patologia, cabendo ao paciente, também de maneira expressa, explicitar sua negativa para a formalização legal da ruptura do contrato médico-paciente (CASABONA, 2004).

As normas éticas previstas pelo Conselho Federal de Medicina e os aspectos legais envolvidos na recusa de tratamento e na alta a pedido

Historicamente, a formação acadêmica do médico foi construída baseada na premissa de que esse profissional, no uso do seu conhecimento

técnico, deve praticar todos os meios possíveis e, de certa forma, aceitáveis, para promover o bem-estar físico do paciente. Tal perspectiva pode ser comprovada pelo seguinte trecho do juramento de Hipócrates, ato solene praticado, geralmente, ao fim da formação: “aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém”. Essa formulação de prática pautada na submissão do paciente em relação ao médico, isto é, de caráter paternalista, é uma das causas para o desconhecimento desse profissional acerca dos limites entre a sua atuação e o respeito à autonomia do paciente, o que, por fim, promove a ideia de que o não tratamento ou a alta a pedido são uma forma de omissão de socorro ou de conduta inapropriada (BARBA; RODAS, 2018).

Entretanto, o Conselho Federal de Medicina – CFM, através da Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019, estabelece que ao paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente deve ser assegurado o direito à recusa terapêutica proposta em tratamento eletivo, de acordo com a legislação vigente, não tipificando infração ética de qualquer natureza, inclusive omissiva, o acolhimento, pelo médico, da recusa terapêutica (CFM, 2019).

Ademais, a resolução também destaca exceções importantes às quais devem os médicos estarem cientes, pois representam situações em que a recusa terapêutica deve ser negada. São elas: situação de urgência e emergência com risco iminente de morte, solicitação, em contexto de risco relevante à saúde, por menor ou adulto que não esteja em pleno uso das faculdades mentais, independentemente de estarem acompanhados ou assistidos por terceiros, bem como recusa terapêutica que caracterize abuso de direito por parte do paciente, a saber, recusa de tratamento para doenças que ponham em risco a saúde de terceiros ou da população, e, por fim, nas recusas de tratamento feitas por gestantes, situação na qual se considera o binômio mãe-feto, em que se constate abuso de direito da mãe em relação ao feto (CFM, 2019).

Cabe ressaltar que, ainda que o consenso entre o médico e o paciente seja o cenário ideal no processo de aceitação ou não aceitação de dado tratamento, existirão casos em que a recusa de tratamento e a alta a pedido irão representar atos totalmente antagônicos aos valores e ao conhecimento técnico de determinado médico ou que não possuem

alternativas viáveis a serem tomadas por ele. Nesse caso, o CFM, por meio da resolução supracitada, garante ao médico o direito de objeção de consciência, isto é, “direito do médico de se abster do atendimento diante da recusa terapêutica do paciente, não realizando atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”. Tal ação impõe ao médico o dever de informar o gestor da unidade de saúde a fim de dar, através de outro médico, continuidade ao atendimento do paciente (CFM, 2019).

Por último, deve-se pontuar que cabe ao médico fazer o registro legal do processo de recusa terapêutica, preferencialmente de forma escrita e testemunhada, podendo ser feita por meio de áudio ou vídeo, de forma que torne possível a inserção no prontuário do paciente (CFM, 2019).

Do ponto de vista jurídico, tem-se no artigo 5º, inciso II, da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”, e no Código Civil, em seu artigo 15 (BRASIL, 2002), no Capítulo dos Direitos de Personalidade, que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”.

A conduta médica diante da recusa terapêutica e da alta a pedido

Os conflitos existentes e crescentes na área de prestação de serviços de saúde em nosso momento histórico, social e cultural decorre principalmente da despersonalização da relação médico-paciente, passando a ser um contrato consumerista, independentemente de ser tácito ou escrito, oneroso ou gratuito, sendo um contrato personalíssimo cujo início se dá com uma consulta inicial, descrito por Casabona como uma “consulta para informação”. Mesmo que, atualmente, essa consulta possa ser feita por meio de telemedicina, essa relação contratual inicial tem de existir para que haja uma informação inicial para o contratante (paciente) decorrente das informações prestadas após a consulta inicial pelo contratado (médico) (CASABONA, 2004; DINIZ, 2009).

Desde logo exsurge o princípio da autonomia; para que ele seja observado, pressupõe-se que, para tal, haja um consentimento “livre e informado” por parte do paciente. A pergunta inicial que deve ser feita é: o paciente encontra-se em total liberdade de pensamento para tomar decisões de diversas magnitudes? As informações prestadas foram ou

são suficientes para o devido esclarecimento do paciente? Qual o nível cultural desse paciente? Há algum vício nesse consentimento “livre e informado”? Como já visto anteriormente, ao paciente não cabe responder, consentir de imediato as informações prestadas pelo facultativo, devendo esse paciente ter o direito de informação com outras pessoas, familiares ou outros médicos, e só depois pode manifestar as suas vontades (DINIZ, 2009).

Recusar, portanto, pressupõe que houve um contrato/contato inicial entre o médico e o paciente no qual este, após as informações que foram prestadas, se recusa, não aceita, renega, se nega, não admite, abstém-se, não quer, não permite, não se disponibiliza a seguir as orientações prestadas naquele momento pelo médico assistente que lhe prestou as informações iniciais. Essa recusa, por sua vez, não encerra a relação médico-paciente, pois cabe ao médico prestar esclarecimentos acerca de outras opções de tratamentos para que o paciente possa fazer suas escolhas, mesmo a de não querer tratamento nenhum, escusar-se a ser submetido a qualquer tipo de tratamento, desde o mais simples até os tratamentos que possam ser qualificados como desumanos, degradantes e cruéis ou que violem a sua intimidade ou privacidade (CASABONA, 2004; DINIZ, 2009).

Além disso, a internação hospitalar e a alta hospitalar são atos privativos do médico assistente, com finalidade de prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação frente a determinadas patologias que possam pertencer a seu paciente, sendo portanto um ato médico personalíssimo, no qual, desde logo, deve existir um consentimento livre e autônomo do paciente, salvo naqueles casos descritos antes no tocante às urgências/emergências em que possam ser dispensadas essas autorizações prévias observando o princípio da beneficência (CASABONA, 2004; DINIZ, 2009).

Essa relação contratual entre médico, paciente e unidade hospitalar, quando da internação hospitalar, pode ser quebrada por uma das partes, como exemplo inicial, por morte do paciente, quando há o perecimento do objeto, que é uma das causas de extinção dos contratos. Pode ainda o paciente ir de encontro às regras internas do nosocômio ou atentar contra a incolumidade de terceiros hospitalizados ou recusar alimentação e medicamentos, o que poderá ensejar uma “alta”

administrativa, na qual o médico assistente deverá ser comunicado do incidente para dirimir se há alguma patologia que modifique o comportamento do paciente ou signifique que há uma recusa real do paciente em receber os tratamentos prescritos (CASABONA, 2004; DINIZ, 2009).

Nesses casos, a administração hospitalar, observando que não há risco de vida para o paciente, elabora uma “alta” administrativa conjuntamente com o médico assistente, bem como deverá fazer um registro no prontuário médico e Boletim de Ocorrência policial para explicitar os motivos que levaram a essa conduta administrativa, sempre com testemunhas (CASABONA, 2004; DINIZ, 2009).

Pode também ocorrer uma “alta a pedido”, subjetivamente, nos casos de evasão do paciente por conta e risco próprios, sem comunicar o nosocômio nem o médico assistente. Nesses casos, a administração hospitalar deve ser comunicada de imediato dessa ocorrência e deverá lavrar no livro próprio de ocorrências da instituição, comunicar de imediato o médico assistente para lavrar a ocorrência no prontuário do paciente e, obrigatoriamente, registrar um Boletim de Ocorrência na esfera policial (CASABONA, 2004; DINIZ, 2009).

Nos casos de alta a pedido por parte do paciente porque desiste ou quer interromper o tratamento, exsurge um conflito aparente entre a autonomia do paciente e o princípio da beneficência seguido pelo médico assistente. Caso o médico venha a deferir, consentir com a “alta a pedido” solicitada pelo paciente, em que cabe somente ao médico assistente a prerrogativa da alta hospitalar, confere ao médico toda a responsabilidade sobre esse consentimento, visto que tecnicamente é quem tem condições de avaliar o quadro clínico em que esse paciente se encontra, bem como a probabilidade dos efeitos colaterais tardios que poderão comprometer o estado clínico nos dias posteriores à alta (CASABONA, 2004; DINIZ, 2009).

Já nos casos de iminente perigo de vida do paciente, o médico poderá recusar o pedido do paciente, ou seja, um indeferimento do pedido e, para salvaguarda pessoal de possíveis conflitos judiciais, pode o médico solicitar ao paciente ou seu responsável que assinem um termo de consentimento ou um termo de responsabilidade ou, ainda, revogar o termo de consentimento autorizado quando do início da internação hospitalar. Ou seja, ao paciente é vedado o termo de pedir alta hospitalar,

mas é garantida a ele a revogação do termo de consentimento informado, assinado quando da internação hospitalar, e solicitar a saída do ambiente hospitalar. A atitude mais correta, do nosso ponto de vista, é que o paciente, consciente e capaz, ou seu representante legal, deverá fazer um documento com requerimento por escrito solicitando a interrupção do tratamento em ambiente hospitalar, como medida administrativa, cabendo ao médico assistente fundamentar sua negativa no prontuário do paciente a fim de se resguardar de futura responsabilidade por eventos danosos decorrentes de uma alta hospitalar “prematura”. Por sua vez, ao paciente persiste o direito de revogar sua decisão de solicitação da alta hospitalar e voltar a consentir que seja novamente internado para continuidade/término do tratamento iniciado (CASABONA, 2004; DINIZ, 2009).

Em geral, os hospitais dispõem de documentos específicos para registro de recusa de tratamento ou procedimento e alta a pedido, que deverão ser assinados pelo paciente ou seu representante legal, e, caso haja recusa nessa solicitação, deverá ser documentada pela equipe assistente tal recusa e, se houver casos de risco de morte ou possibilidade de dano irreparável à saúde, a recusa deverá ser caracterizada, devendo tal fato ser anotado no prontuário médico/livro de ocorrência, sempre com testemunhas, podendo inclusive ser confeccionado um Boletim de Ocorrência na autoridade policial (CASABONA, 2004; DINIZ, 2009).

Comentário do especialista⁴⁰

A prática médica, diante do que foi dito, deve ser pautada no respeito aos princípios bioéticos, como a beneficência, a justiça, a não maleficência e o princípio da autonomia. A evolução desses princípios e a aplicação dessas práticas garantem a preservação da qualidade de vida e da dignidade do indivíduo que se encontra sob cuidados. A manifestação prática da autonomia se dá através do consentimento livre e informado. Por isso, cabe ao médico conhecer os critérios que tornam o indivíduo apto a consentir, bem como as exceções e os possíveis fatores que possam impactar tanto na liberdade quanto na qualidade da informação dada ao paciente sobre determinado procedimento.

Ademais, cabe ao médico conhecer os aspectos éticos e jurídicos envolvidos na recusa de tratamento e na alta a pedido para que exista uma

conduta apropriada, a fim de saber estabelecer com clareza os limites de sua atuação, bem como saber intervir em situações nas quais a autonomia do paciente deve ser relativizada, como, por exemplo, em situações de urgência ou emergência com risco iminente de morte do paciente. Do ponto de vista deontológico, tem-se no Código de Ética Médica (CFM, 2018), em seu artigo 31, que é vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente ou dos seus representantes legais de decidir sobre a execução de procedimentos médicos e de planos terapêuticos. Além disso, a Resolução nº 2.232/2019 do CFM estabelece as normas éticas mais atuais acerca do tema. Do ponto de vista jurídico, deve o médico respeitar o artigo 5º da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) e o artigo 15 do Código Civil (BRASIL, 2002), os quais estão relacionados à garantia da liberdade do indivíduo e dos direitos da personalidade.

Por fim, para evitar a judicialização de possíveis situações conflitantes, deve-se buscar diálogo entre o paciente ou sua família, o corpo administrativo hospitalar e a comissão ética, caso exista. Na sua incapacidade, pode o paciente nomear procurador com poderes de manifestar suas vontades através das diretrizes antecipadas ou de testamento vital (RIBEIRO, 2012). Essa mudança de perspectiva garante a superação do caráter paternalista e individualista, que, comumente, se encontra presente na conduta médica, fato que atrapalha a concretização da vontade do paciente, que deve ser visto como indivíduo racional e coautor da própria existência.

REFERÊNCIAS

- ANGHER, A. J. (Org.). *Vade-mécum acadêmico de Direito*. 6. ed. [S. l.]: Ed. Ridel, 2008.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Princípios de Ética*. São Paulo, Brasil: Edições Loyola, 2002. 138 p.
- BARBA, D. F.; RODAS, A. E. B. A controvérsia da recusa terapêutica. *Revista Jus Navigandi*, Teresina, ano 23, n. 5565, 26 set. 2018. ISSN 1518-4862. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/69251>. Acesso em: 7 ago. 2021.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 8, p. 1-74, 11 jan. 2002.

BRAUMER, M. C. C. Prefácio. *In: Direito à morte com dignidade e autonomia*. [S. l.]: Ed. Juruá, 2007. p. 11-14.

CASABONA, C. M. R. O consentimento informado na relação entre médico e paciente: aspectos jurídicos. *In: CASABONA, C. M. R.; QUEIROZ, J. F. (Orgs.). Bio-**tecnologia e suas implicações ético-jurídicas***. Belo Horizonte: Del Rey, 2004. p. 99-143.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009**. Brasília: CFM, 2009. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-2010/>. Acesso em: 21 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 20 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente**. [S. l.], 17 jul. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao=-n2-232.-de17--de-julho-de2019-216318370-?fbclid=IwAR2QOo56NDTaMMBnKvnTHXWYEuQAsqw4xZZYnoICIFw6a8Yjus7vrE-cL00>. Acesso em: 20 jul. 2021.

DINIZ, M. H. **Estado atual do Biodireito**. 6. ed. Ed. Saraiva, 2009.

DWORKIN, R. Domínio da Vida: aborto, eutanásia, liberdades individuais. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2003.

FRANÇA, G. V. **Medicina Legal**. 9. ed. Editora Guanabara Koogan, 2017.

GOLDIM, J. R. **Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia**. 2004.

KANT, I. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa, Portugal: Edições 70, Lda, 2005.

LIMA, A. F. A.; MACHADO, F. I. S. Médico como arquiteto da escolha: paternalismo e respeito à autonomia. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 44-54, mar. 2021. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/1983-80422021291445.

MATEO, R. M. **Bioética y Derecho**. Barcelona: Editora Ariel, 1987. p. 19-20.

MÖLLER, L. L. **Direito à morte com dignidade e autonomia**. Editora Juruá, 2007. p. 17-46.

RIBEIRO, G. B. **O Direito de Morrer e o Testamento Vital**. 2012. (No prelo)

SILVA, F. L. Da Ética Filosófica à Ética em Saúde. *In: COSTA, S. I. F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (Orgs.). Iniciação à Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 19-36. Disponível em: http://www.bioetica.org.br/acervo_biblioteca/livros/integra.php?cod_livro=33. Acesso em: 20 jul. 2021.

Testamento vital e Testemunhas de Jeová

Mirella Augusta Bispo Siqueira de Jesus⁴¹

Hermílio Carvalho Júnior⁴²

Fernando Augusto de Figueiredo⁴³

TESTAMENTO VITAL

Na contemporaneidade, atingiu-se uma alta capacidade de prolongamento da vida graças ao grande avanço tecnológico na área da saúde. No entanto, com essa evolução surgiram também dilemas éticos importantes, tais como: quando e por quanto tempo devemos utilizar essa tecnologia para estender a nossa existência?

Nesse sentido, foi proposto em 1967, nos Estados Unidos, um documento de cuidados antecipados, permitindo ao indivíduo registrar seu desejo de interromper intervenções médicas de manutenção da vida em caso de doença terminal ou estado vegetativo duradouro (PIRÔPO *et al.*, 2018). Já no Brasil, o Conselho Federal de Medicina – CFM, por meio da Resolução nº 1.995/2012, reconheceu as Diretivas Antecipadas de Vontade – DAV, caracterizadas pelo “[...] conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade” (CFM, 2012).

As DAVs compreendem o mandato duradouro, o qual consiste na nomeação pelo paciente de uma pessoa de confiança para tomar decisões referentes à sua saúde em caso de incapacidade de manifestar sua vontade; e o testamento vital – TV, um documento de caráter jurídico no

41 Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

42 Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

43 Presidente da Comissão de Ligação com Hospitais – Colih do estado de Sergipe. Servidor aposentado do Ministério da Saúde.

qual o paciente define previamente a que tipo de tratamentos e procedimentos gostaria de ser submetido se estiver impossibilitado de decidir em caso de irreversibilidade do seu quadro clínico (KULICZ *et al.*, 2018; PIRÔPO *et al.*, 2018; MENDES *et al.*, 2019).

No que tange aos aspectos pragmáticos, o TV possui respaldo ético-legal. Tal documento é reconhecido em cartório, sendo, entretanto, o registro em prontuário suficiente, e deve ser cumprido pelo profissional da saúde em respeito ao princípio bioético da autonomia, previsto nos artigos 22, 23 e 24 do Código de Ética Médica e no artigo 15 do Código Civil. Também é preconizado por esse princípio o dever do médico de informar devidamente o paciente, discutir opções diagnósticas e terapêuticas a fim de possibilitar a total compreensão, capacitando-o a tomar a melhor decisão para si. É importante salientar que o TV necessita respeitar os princípios bioéticos da beneficência e da não maleficência e os preceitos do Código de Ética Médica (BRASIL, 2002; KULICZ *et al.*, 2018; PIRÔPO *et al.*, 2018; MENDES *et al.*, 2019).

Em contrapartida a todo suporte ético-legal, existem diversos entraves para a aplicação do testamento vital. Primeiro, existe um grande desconhecimento dessa ferramenta por parte dos médicos, estudantes de Medicina e pacientes. Segundo Mendes *et al.* (2019), apenas cerca de 13% dos internos do curso de Medicina de uma determinada universidade possuíam noção clara do documento, e, conforme um estudo realizado em Santa Catarina discutido por esse mesmo autor, esse dado era de somente 37% entre médicos. Já de acordo com Pirôpo *et al.* (2018), cerca de 95% dos pacientes não possuem conhecimento acerca do testamento vital. Ademais, há uma grande insegurança entre os profissionais em aplicar o TV devido à ausência de legislação específica no Brasil. De acordo com Chehuen *et al.* (2015), 83% dos médicos afirmaram que uma legislação específica daria mais segurança para aplicar o documento (PIRÔPO *et al.*, 2018; MENDES *et al.*, 2019).

Diante disso, conclui-se que o TV, apesar de todas as premissas éticas e legais que o validam, ainda necessita de propagação para os atuais e futuros profissionais, de modo a alcançar também os pacientes. Também é imprescindível uma discussão a nível de Congresso Nacional com o objetivo de propor uma legislação clara sobre o assunto.

TESTEMUNHAS DE JEOVÁ

Dentre os países da América Latina, o Brasil apresenta o maior número de Testemunhas de Jeová. De acordo com o porta-voz dos Testemunhas de Jeová do estado de São Paulo, existem mais de 800 mil seguidores dessa fé no Brasil, distribuídos em mais de 12 mil congregações espalhadas em todo o território nacional (DECLERCQ, 2020). Já segundo o site oficial JW.ORG (2021), há cerca de 900 mil evangelizadores ativos no país. Trata-se de um corpo religioso cristão com crenças derivadas de uma interpretação própria da Bíblia. Certos dilemas bioéticos decorrem da sua interpretação de certas passagens de livros bíblicos como Gênesis e Levíticos:

“A carne, porém, com sua vida, isto é, com seu sangue, não comereis” (Gen. 9:4);

“E qualquer homem [...], que comer algum sangue, contra aquela alma porei a minha face, e a extirparei do seu povo” (Lev. 17:10);

“Não comereis o sangue de nenhuma carne, porque a vida de toda a carne é o seu sangue; qualquer que o comer será extirpado” (Lev. 17:14).

Assim, de acordo com orientações do Corpo Governante das Testemunhas de Jeová em Warwick, Nova Iorque, seguidores dessa fé devem se abster de transfusões de sangue total, concentrados de glóbulos vermelhos, plasma, células brancas e plaquetas. Apesar disso, frações como albumina, imunoglobulinas, fatores de coagulação, hemoglobina, interferons, interleucinas não são proibidas explicitamente, ficando a critério do fiel decidir se são aceitáveis. Testemunhas de Jeová também não aceitam transfusões autólogas de sangue, visto que o sangue não pode ser retirado do corpo (MCHC, 2001; RCS, 2016).

Apesar dessas restrições, Testemunhas de Jeová aceitam a medicina moderna, incluindo intervenções cirúrgicas. Diversos corpos educacionais dentro da comunidade mantêm membros razoavelmente bem informados quanto a procedimentos médicos aceitáveis dentro de sua fé e podem estar disponíveis para médicos a fim de mediar o cuidado e solucionar dúvidas. Entre os pilares para o manejo de pacientes cirúrgicos sem utilizar a hemotransfusão, está o diagnóstico e tratamento

de anemias ainda no pré-operatório por meio da suplementação de ferro, vitamina B12, ácido fólico e/ou eritropoetina. Além disso, deve-se reduzir a coleta de sangue para exames laboratoriais desses pacientes e avaliar a possibilidade da suspensão de anticoagulantes, se houver o uso. Existem também técnicas intraoperatórias para minimizar a perda sanguínea, como o uso do eletrocautério, a embolização arterial e a hemodiluição. Portanto, para uma prática médica integrativa, é preciso envolver o paciente também em sua inserção cultural e aceitar a influência da fé em suas escolhas (MCHC, 2001; QUEIROZ, 2020).

Médicos também possuem o direito de recusar tratar pacientes que negam transfusões sanguíneas; têm o dever de respeitar a liberdade religiosa do paciente, mas podem entender as restrições impostas pela recusa de produtos sanguíneos como contrárias aos seus valores profissionais. Neste caso, é seu dever encaminhar o paciente para um médico qualificado e preparado para aceitar o paciente, conhecendo suas restrições. O encaminhamento e sua justificativa devem ser registrados em prontuário e na guia de referência para proteger o médico de acusações de discriminação religiosa. É importante reconhecer o impacto emocional para médicos nessas situações, em que a possível morte de um paciente em um contexto no qual mais poderia ser feito é uma experiência traumática (RCS, 2016).

Em crianças, a jurisprudência brasileira toma a direção de que o sangue e seus derivados devem ser transfundidos caso haja necessidade médica. São considerados nessa decisão os artigos 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente, que declara: “A criança e o Adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, [...] que permitam o nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”, e o artigo 14: “É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico” (BRASIL, 1990).

Um exemplo dessa jurisprudência aconteceu em Goiânia, onde o juiz Clauber Costa Abreu, da 15ª Vara Cível e Ambiental, deferiu uma liminar autorizando a transfusão sanguínea em uma recém-nascida prematura com um quadro de anemia profunda, apesar do desconsentimento

dos pais da criança, Testemunhas de Jeová (REVISTA CONSULTOR JURÍDICO, 2019).

É responsabilidade ética e legal do médico garantir o bem-estar de qualquer paciente sob seu cuidado, devendo esse ser o seu princípio fundamental. Dito isso, não se deve medir esforços em respeitar a cultura do paciente, da família e da comunidade em que o indivíduo está inserido. Portanto, salvo a situação de crianças e adolescentes, deve-se respeitar o desejo do paciente e elaborar um plano de tratamento sem o uso de sangue e derivados ou encaminhá-lo para quem possa fazê-lo.

Comentário do especialista⁴³

Um entendimento errôneo comum quanto à fundamentação bíblica para a nossa recusa é que está vinculada aos preceitos da Lei Mosai-ca (Velho Testamento), não se aplicando aos cristãos. Os textos citados a seguir, da coletânea de livros do Novo Testamento ou Era Apostólica Cristã usam o verbo “abster”, incluindo assim um conceito mais amplo, que extrapola o mero aspecto “dietético” da restrição primariamente imposta e explicitada nos textos anteriores. As citações a seguir foram extraídas da tradução do Novo Mundo da Bíblia Sagrada, 2015 – Associação Torre de Vigia de Bíblias e Tratados.

Pois pareceu bem ao espírito santo e a nós não impor a vocês nenhum fardo além destas coisas necessárias: que persistam em se abster de coisas sacrificadas a ídolos, de sangue, do que foi estrangulado e de imoralidade sexual. Se vocês se guardarem cuidadosamente dessas coisas, tudo irá bem com vocês. Saudações! (Atos 15:28-29).

Quanto aos crentes dentre as nações, enviamos a eles por escrito a nossa decisão de que devem se abster do que é sacrificado a ídolos, bem como de sangue, do que foi estrangulado e de imoralidade sexual (Atos 21:25).

De fato, a recusa por parte das Testemunhas de Jeová quanto à aceitação dos hemocomponentes primários decorre, não exclusiva, mas principalmente, dessas declarações contidas no chamado Novo Testamento.

Em conclusão, é importante ressaltar que as Testemunhas de Jeová portam um documento intitulado “Diretivas Antecipadas e Procuração para Tratamento de Saúde”. Esse documento foi elaborado para estar em harmonia com a Resolução CFM nº 1.995/2012. As Testemunhas de Jeová também aceitam Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE flexibilizados e, se necessário, assinam termos de isenção de responsabilidade que objetivem dar uma maior segurança sob o aspecto jurídico às equipes médicas e de enfermagem envolvidas em seu tratamento, bem como às instituições hospitalares. Desse modo, declaram estar cientes de eventuais danos que resultem de sua recusa, assumindo livremente a responsabilidade pessoal por eventuais consequências.

REFERÊNCIAS

ATOS DOS APÓSTOLOS. *In*: BÍBLIA SAGRADA. Wallkill, New York, USA: Watchtower Bible and Tract Society of New York, Inc., 2018-2021. Cap. 15. Tradução do Novo Mundo da Bíblia Sagrada (Edição de Estudo). Disponível em: <https://www.jw.org/pt/biblioteca/biblia/biblia-de-estudo/livros/atos/15/>. Acesso em: 15 out. 2021.

ATOS DOS APÓSTOLOS. *In*: BÍBLIA SAGRADA. Wallkill, New York, USA: Watchtower Bible and Tract Society of New York, Inc., 2018-2021. Cap. 21. Tradução do Novo Mundo da Bíblia Sagrada (Edição de Estudo). Disponível em: <https://www.jw.org/pt/biblioteca/biblia/biblia-de-estudo/livros/atos/21/>. Acesso em: 15 out. 2021.

BÍBLIA. Gênesis. Levíticos. Português. *In*: A Bíblia Sagrada. Revisão da tradução de João Ferreira de Almeida. São Paulo: Ed. Ave-Maria, 2011.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266. Acesso em: 14 jan. 2020.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 janeiro de 2002. **Código Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm. Acesso em: 14 jan. 2020.

CHEHUEN, J. A. *et al*. Testamento vital: o que pensam profissionais da saúde? **Revista Bioética**, [S. l.], v. 3, n. 23, p. 572-582, 2015. DOI: 10.1590/1983-80422015233094.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1995, de 31 de agosto de 2012**. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 14 jan. 2020.

DECLERCQ, M. Sem poder sair às ruas, Testemunhas de Jeová agora evangelizam por telefone. **TAB Uol**, [S. l.], 6 maio 2020. Disponível em: <https://tab.uol.com.br/noticias/redacao/2020/05/06/internet-substitui-evangelizacao-de-porta-em-porta-das-testemunhas-de-jeova.htm>. Acesso em: 14 jul. 2021.

KULICZ, M. J. *et al.* Terminalidade e testamento vital: o conhecimento de estudantes de medicina. **Revista Bioética**, v. 26, n. 3, p. 420-428, 2018. DOI: 10.1590/1983-80422018263262.

MENDES, M. V. G. *et al.* Testamento Vital: Conhecimentos e Atitudes de Alunos Internos de um Curso de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 2, p. 25-31, 2019. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n2RB20180117.

METROPOLITAN CHICAGO HEALTHCARE COUNCIL - MCHC (Chicago, EUA). Guidelines for Health Care Providers Interacting with Jehovah's Witnesses and Their Families. **Guidelines - Jehovah's Witnesses**, [S. l.], p. 1-11, 4 nov. 2001.

PIRÔPO, U. S. *et al.* Interface do testamento vital com a bioética, atuação profissional e autonomia do paciente. **Revista de Salud Pública**, v. 20, n. 4, p. 505-510, 2018. DOI: 10.15446/rsap.V20n4.65009.

QUEIROZ, G. O que fazer quando não se pode realizar transfusão sanguínea em um paciente? **PEBMED**, [S. l.], 17 jan. 2020. Disponível em: <https://pebmed.com.br/o-que-fazer-quando-nao-se-pode-realizar-transfusao-sanguinea-em-um-paciente/>. Acesso em: 14 jul. 2021.

REVISTA CONSULTOR JURÍDICO. **Contra a vontade dos pais Testemunhas de Jeová, juiz autoriza transfusão de sangue**. [S. l.], 12 mar. 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-mar-12/juiz-autoriza-transfusao-crianca-vontade-pais>. Acesso em: 14 jul. 2021.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS - RCS (Inglaterra). Caring for patients who refuse blood: A guide to good practice for the surgical management of Jehovah's Witnesses and other patients who decline transfusion. **Professional and Clinical Standards, London**, England, p. 1-40, 1º nov. 2016.

SITE OFICIAL DAS TESTEMUNHAS DE JEOVÁ. Disponível em: <https://www.jw.org/pt/>. Acesso em: 20 out. 2021.

Direitos do paciente e seus principais conflitos da atualidade

Douglas Silva Rosendo Santos⁴⁴

Clarissa Marques França⁴⁵

Historicamente, a relação médico-paciente era tida como assimétrica. O médico é o profissional que possui o conhecimento técnico necessário para salvaguardar a vida dos que precisam, realizando atendimentos e prescrevendo os remédios quando julgados necessários, então, ao paciente cabia apenas aceitar todo o método e o procedimento sugeridos sem questionar. Somente a partir do século passado é que essa relação passou a ser mais horizontal, sendo preciso consentimento do paciente para a realização de procedimentos médicos (DADALTO; PIMENTEL, 2018).

Esse consentimento, atualmente, pode ser registrado e validado como documento, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, o qual permite a autonomia na tomada de decisões sobre a própria saúde. Com isso, o paciente tem total ciência de todas as intercorrências possíveis, consentindo ou não com o procedimento médico informado, sendo resguardada ao paciente total ciência sobre o tratamento. É direito de toda pessoa receber informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível, conforme art. 3º, parágrafo único, II, da Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009; DADALTO; PIMENTEL, 2018).

Além disso, há também o Testamento Vital – TV, documento que tem por objetivo impor limites aos tratamentos a que o paciente seja submetido em casos de incapacidades nas próprias tomadas de decisão.

44 Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

45 Advogada e especialista em Direito Médico pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

Tal autonomia foi possível a partir da ação do Conselho Federal de Medicina ao criar a Resolução nº 1.995/2012, a qual engloba as Diretivas Antecipadas de Vontade dos pacientes – DAVs, tendo por função reduzir ações médicas que estendam o sofrimento (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012; PIRÔPO *et al.*, 2018).

Essas medidas podem servir de exemplo de referencial para a aplicação dos Direitos Humanos dos Pacientes – DHPs. Os DHPs abarcam uma série de direitos no seio do que se refere a cuidados de saúde, como principais núcleos o direito à vida; o direito à liberdade e à segurança pessoal; o direito de não ser torturado; o direito de não ser discriminado; o direito à informação e o direito à saúde. O referencial dos DHPs se coloca como o mais apropriado para a proteção dos pacientes, tendo em vista que incumbe ao Estado não só a responsabilidade de proteção e realização da saúde, mas incumbe, também, de se colocar a saúde num espectro mais amplo no que tange aos bens e serviços de saúde, pois, segundo o art. 2º da Portaria nº 1.820/2009, toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde. A intenção é que se tenha em voga a importância de que o cuidado signifique autonomia e segurança aos pacientes para que, assim, se promovam, conscientemente, melhores resultados da saúde e do bem-estar dos atendidos (BRASIL, 2009; ELLER; ALBUQUERQUE, 2019).

Tantos conflitos envolvidos nessa relação, e o Brasil ainda não possui uma política mais assertiva para sanar problemáticas oriundas disso. A exemplo, ao redor do mundo existem países que implementaram a lei dos direitos dos pacientes; a demanda surgiu a partir da década de 70, pois foi quando se iniciaram as reivindicações sobre as questões de saúde no que tange aos direitos dos beneficiários, rechaçando o paternalismo médico e buscando um alinhamento de direção do cuidado centrado no paciente. Em contrapartida, o Brasil vai de encontro a essa evolução, tendo em vista que o país não possui uma lei nacional de direitos dos pacientes. Há apenas leis estaduais que preveem isso, mas não é o suficiente, porque acabam sendo limitadas e o alcance é mínimo, não suscitam uma consciência de viés nacional acerca desses direitos, assim como não têm força suficiente para combater o supracitado paternalismo médico

e intercorrências negativas que possam vir a ocorrer aos pacientes no tratamento da saúde (ALBUQUERQUE, 2019).

A não existência dessa lei nacional abre margem para inúmeras adversidades que acometem os pacientes. Há casos em que é preciso consultar um documento que é direito do paciente, assegurado pela Portaria nº 1.820/2009, art. 3º, parágrafo único, II, e o indivíduo, muitas vezes, não tem acesso: o prontuário médico. O nome, apesar de remeter ao médico, pertence ao paciente, e devem estar registradas todas as informações acerca do tratamento, como assegurado pela Resolução do CFM nº 1.638/2002. Ela também destaca que o prontuário possui natureza legal, sigilosa e científica, por isso é tão importante, algo que deveria ser de ciência de todos os profissionais de saúde e, sobretudo, dos pacientes para que possam exigir seus direitos, evitando conflitos desnecessários (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002; BRASIL, 2009; ARAÚJO; RECHMANN; MAGALHÃES, 2019).

Além disso, é importante salientar também as violências obstétricas que até hoje ocorrem e ratificar que, se houvesse uma lei nacional de direitos dos pacientes, muitas dessas ações seriam inibidas, e muitas mulheres, enquanto pacientes obstétricas, não sofreriam com o descaso de certos profissionais ao incorrerem em violência obstétrica. Alguns profissionais fazem uso de condutas violentas que acabaram sendo institucionalizadas, e dentro dessas condutas estão procedimentos não recomendados pela Organização Mundial da Saúde – OMS, por exemplo, a execução da cesariana sem indicação terapêutica, submetendo as parturientes a cirurgias de grande porte sem necessidade para que seja cumprido o horário do hospital e dos atendimentos posteriores. Dessa maneira, implicam à paciente dor excessiva desnecessária no parto, procedimentos não recomendáveis e quadros de humilhação, o oposto do que é preconizado pelos DHPs. A partir desses exemplos, conclui-se que a legislação brasileira não protege de fato o paciente, pois não expõe de forma explícita o conhecimento acerca dos direitos, colocando em voga os meios protetivos e de defesa. É preciso, então, estabelecer, entender e executar no meio médico que a principal prioridade é o bem-estar do paciente (OLIVEIRA, 2017).

Percebe-se que a maioria dos conflitos surge da falta de medidas que necessariamente combatam tais problemáticas. À luz dos direitos

dos pacientes, estes não podem ser confundidos com direitos humanos dos pacientes – DHPs. Caso ocorra descumprimento dos DHPs, o paciente pode pedir proteção a sistemas internacionais (ou regionais), já os direitos dos pacientes não possuem tal respaldo. Assim, enquanto os DHPs geram a promoção do paciente de forma holística e de maneira inclusiva, os direitos dos pacientes os veem apenas como consumidores e, portanto, perdem o viés humanístico, ocasionando diversos conflitos, pois o objetivo, em muitos casos, é a mercantilização da saúde (PARANHOS; ALBUQUERQUE; GARRAFA, 2017).

Por fim, assumindo a falta de estudos na seara dos Direitos dos Pacientes que dariam celeridade à luta por tais direitos, faz-se mister discutir o assunto de forma mais incisiva para que esses direitos sejam consolidados. Desse modo, abarcando leis mais específicas e que configurem premissas que reconheçam a obrigação dos profissionais de saúde inerentes ao tratamento do paciente em prol de que se fortaleça a importância da necessidade de uma política de força nacional.

Faz-se necessário, ainda, colocar o direito do atendido embasado no princípio do cuidado centrado no paciente, associado a uma assistência médica de melhor qualidade, uma maior segurança do paciente e objetivando, também, uma diminuição de erros médicos. Todo esse panorama discutido visa a diminuição da assimetria da relação médico-paciente, envolvendo-o na terapêutica e buscando uma tomada de decisões de forma compartilhada, mais um passo para dirimir os conflitos existentes na atualidade (PARANHOS; ALBUQUERQUE; GARRAFA, 2017; ALBUQUERQUE *et al.*, 2019).

Comentário do especialista⁴⁵

O tema escolhido pelo autor principal deste capítulo é extremamente desafiador pela conjunção de diversos fatores, dentre os quais destaco a relevância, hoje, atribuída à proteção da pessoa humana e a omissão legislativa na regulamentação das questões de saúde, ocasionando um vazio normativo no ordenamento jurídico brasileiro.

Os direitos dos pacientes vêm em um processo de consolidação nesse cenário cultural, histórico e legislativo. Como bem destaca o autor, a relação entre médicos e pacientes historicamente foi pautada em

assimetrias, cujo cerne remete ao próprio sentido etimológico da palavra “paciente”, que se origina do termo latino *patior*, que significa “suportar ou sofrer” (ADORNO, 2016). Desse modo, o paciente era visto apenas de forma passiva, como receptor de cuidados, e não lhe era reconhecida a capacidade de participar ativamente do processo.

Nesse contexto, um dos polos da relação, o paciente, era, e ainda o é, em certa medida, cercado da falsa compreensão social acerca da sua incapacidade ontológica de agir ativamente em prol do cuidar de si mesmo. Já no outro polo da relação, de maneira geral, o profissional médico era, e ainda o é, imbuído de um poder, classificado por Foucault como poder médico, que resulta na “medicalização autoritária de corpos e doenças”. Nessa complexa configuração relacional, cabe ao médico detentor do conhecimento acerca da verdade científica, considerada pelo senso comum como superior, definir o que é melhor para o paciente, que deve aceitar passivamente as determinações do outro detentor de conhecimento e poder.

Entretanto, com a densificação dos movimentos reivindicatórios das mulheres e dos consumidores a partir da segunda metade do século XX, verificaram-se a paulatina readequação das forças e as compressões sociais dessa relação. Essa alteração de significados e percepções está em curso e continua até os dias atuais, culminando no questionamento do “paternalismo médico”.

É dessa conjunção de fatores culturais, políticos e sociais que vem se consolidando a postulação do direito sobre o próprio corpo, hoje reconhecido como o direito de se autodeterminar, titularizado por todas as pessoas, incluindo os pacientes e, de forma geral, todas as pessoas consideradas vulneráveis. A ideia de vulnerabilidade também vem passando por transformações e atualizações, sendo compreendida atualmente como intrínseca à condição humana, ou seja, a correta compreensão é no sentido de que pessoas são vulneráveis, umas mais e outras menos, mas todas são vulneráveis, por isso cabe à sociedade criar instituições que priorizem as pessoas, devendo estimular a autonomia e o direito de conduzir sua vida conforme suas próprias escolhas e sua ideia de bem.

Para Turner (2006), é a vulnerabilidade universal, decorrente da precariedade da vida e da fragilidade humana, que impõe a construção

de comandos normativos e éticos que visam proteger as pessoas da dor e do sofrimento, levando à consolidação dos direitos humanos.

No campo da saúde, o reconhecimento da vulnerabilidade, intensificada quando a pessoa está na condição de paciente, vem culminando no reconhecimento e na consolidação dos Direitos Humanos dos Pacientes, que são um ramo do Direito Internacional dos Direitos Humanos, composto pelo conjunto de convenções, pactos, declarações internacionais em matéria de direitos humanos, e a jurisprudência internacional.

O principal alicerce dos Direitos Humanos dos Pacientes é o reconhecimento do princípio da autonomia relacional (ALBUQUERQUE, 2016). Esse princípio desatrela a ideia de autonomia limitada apenas à capacidade cognitiva, passando a abarcar desejos e valores da pessoa humana, o que resulta no reconhecimento de autonomia para todas as pessoas, inclusive as que possuem um severo grau de deficiência cognitiva. O reconhecimento da autonomia dos pacientes e a normatização dos direitos humanos não devem provocar conflitos na relação, muito pelo contrário, é necessário que, ao reconhecer a vulnerabilidade e fragilidade do paciente, a sociedade e as instituições priorizem a criação de instrumentos propulsores de laços comunitários subjetivos em prol de garantir a vida.

No plano concreto, a proteção aos direitos do paciente exige o pleno acesso à informação e à privacidade, a criação de mecanismos que assegurem a participação no processo de tomada de decisão, sempre pautada pela condição de vulnerabilidade do paciente, que vai muito além da ideia de consumidor. Paciente é consumidor, mas não só, é preciso garantir sempre o respeito às questões existenciais da pessoa humana.

No Brasil, ainda verificamos uma baixíssima construção normativa e jurisprudencial em prol da efetividade do direito do paciente e impera o vazio normativo no âmbito nacional, devido à inexistência de uma lei nacional de direito dos pacientes e usuários de serviços de saúde. A proteção ao paciente ainda se restringe, muitas vezes, à proteção ao consumidor, o que tem gerado diversos conflitos, visto que a lógica consumérista é infinitamente menos complexa e não consegue garantir proteção efetiva ao paciente vulnerável e frágil.

Assim, como bem conclui o autor do texto, faz-se necessário haver a mudança do paradigma da relação médico-paciente, que precisa

avançar do paternalismo puro e simples para uma relação que contemple o reconhecimento da vulnerabilidade intensificada do paciente, com o desenvolvimento de mecanismo que busque equilibrá-la com o respeito à sua autonomia existencial, tentando ao máximo minimizar as assimetrias nessa relação. É nesse contexto que constatamos a importância dos Direitos Humanos dos Pacientes como instrumento inventado para frear pulsões destrutivas.

REFERÊNCIAS

ADORNO, R. Is Vulnerability the foundation of Human Rights *In*: MASFERRER, A.; SÁNCHEZ, E. G. (Eds.). **Human Dignity of the Vulnerable in the Age of Rights**, *Ius Gentium Series*, v. 55, p. 257-272, 2016. DOI: 10.1007/978-3-319-32693-1_11.

ALBUQUERQUE, A. **Direitos Humanos dos Pacientes**. 1. ed. Curitiba: Juruá, 2016. 288 p.

ALBUQUERQUE, A. Os Direitos dos Pacientes no Brasil: análise das propostas legislativas e o papel do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Bioética**, v. 15, p. 1-24, 2019. DOI: 10.26512/rbb.v15.2019.27130.

ALBUQUERQUE, A. *et al.* Violação aos direitos dos pacientes: análise da jurisprudência no Brasil. **Rev. Direitos Fundamentais e Alteridade**, v. 3, n. 1, p. 7-33, 2019. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/direitosfundamentaisalteridade/article/view/553/440>. Acesso em: 15 jan. 2022.

ARAÚJO, A. T. M.; RECHMANN, I. L.; MAGALHÃES, T. A. O sigilo do prontuário médico como um direito essencial do paciente: uma análise a partir das normativas do Conselho Federal de Medicina. **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.**, v. 8 p. 1-163, 2019. DOI: 10.17566/CIADS.V8I1.517.

BRASIL. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Brasília, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.638, de 09 de agosto de 2002**. Brasília: CFM, 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.995, de 31 de agosto de 2012**. Brasília: CFM, 2012. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2002/1638_2002.pdf. Acesso em: 23 jan. 2022.

DADALTO, L.; PIMENTEL, W. Direito à recusa de tratamento: análise da sentença tratamento: autos nº 201700242266 – TJGO. **Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil**, v 15, p. 159-175, 2018. Disponível em: <https://rbdcivil.emnuvens.com.br/rbdc/article/view/209>. Acesso em: 10 jan. 2022.

ELLER, K.; ALBUQUERQUE, A. Direitos humanos da paciente criança. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, v. 8, p. 1-163, 2019. DOI:10.17566/CIADS.V8I1.509.

OLIVEIRA, L. G. S. M. **Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes**. Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, Faculdade de Ciências Jurídicas Sociais – FAJS, 2017.

PARANHOS, D. G. A. M.; ALBUQUERQUE, A.; GARRAFA, V. Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. **Saúde Soc.**, v. 26, n. 4, p. 932-942, 2017. DOI:10.1590/S0104-12902017170187.

PIRÔPO, U. S. *et al.* Interface do testamento vital com a bioética, atuação profissional e autonomia do paciente. **Rev. salud pública**, v. 20, n. 4, 2018. DOI: 10.15446/rsap.v20n4.65009.

TURNER, B. S. **Vulnerability and Human Rights**. 1. ed. Pennsylvania: Pennsylvania State University Press. 2006. 188 p.

Atestados, laudos e relatórios

Victoria Cavalcanti de Souza⁴⁶

Sônia Oliveira Lima⁴⁷

ATESTADO MÉDICO

O atestado médico é “Documento de fé pública, [...] parte integrante do atendimento – portanto é direito do paciente solicitá-lo – e tem como função básica confirmar a veracidade de um ato médico realizado” (OSELKA, 2013, p. 17). No atestado, é afirmado de modo simples e por escrito o ato médico e suas devidas consequências, comprovando a necessidade de um afastamento temporário do paciente de suas atividades. Por trás da emissão do atestado médico, há uma grande responsabilidade do profissional, que deve estar devidamente regulamentado no Conselho Regional de Medicina – CRM e deve fazê-lo em um receituário próprio para isso, sem rasuras e com letra legível ou digitado. É necessário especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente, registrar os dados de maneira legível e se identificar como emissor mediante assinatura e carimbo ou número de registro no CRM. Além disso, há diversos tipos de atestados médicos que variam quanto à sua finalidade, sendo os mais comuns os atestados de portador de doença, atestado de saúde e atestado de óbito (OSELKA, 2013).

Na sua profissão, o médico poderá passar pela situação de um parente ou amigo solicitar um atestado médico para o trabalho ou para realizar atividades físicas, por exemplo, sem, no entanto, ter tido avaliação desse profissional, ou mesmo sem ter a necessidade de se afastar

46 Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Paraná – UFPR.

47 Cirurgiã geral. Mestre e doutora em Clínica Cirúrgica pela Universidade de São Paulo – USP.

do trabalho (OSELKA, 2013). O documento médico tendencioso que não corresponda à verdade é passível de consequências legais por ser de natureza jurídica declaratória, sendo considerado crime a sua falsificação, e constitui um delito penal sob pena de detenção de um mês a um ano (artigo 302 do Código Penal), e, se cometido com o fim de lucro, pode ser multado. O médico que apresentar um atestado médico ou um relatório que não corresponda à verdade poderá sofrer um Processo Ético-Profissional e será punido pelo respectivo Conselho de Medicina (Parecer do Conselho Federal de Medicina nº 5/2020).

RELATÓRIO MÉDICO

O relatório médico consiste em uma descrição escrita, minuciosa e circunstanciada de fatos clínicos ocorridos e decorrentes de um ato ou atendimento médico, geralmente utilizado na alta do paciente ou encaminhamento deste para tratamento em outro lugar. Ele é direito do paciente, e é dever do médico atender a essa solicitação. Assim, esse documento, bem como todos os outros documentos médicos, pode estar previsto em ações judiciais, como o auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, entre outros benefícios sociais concedidos pelo governo. Ele tem por objetivo apenas “revelar” uma determinada situação, sem a introdução de opiniões ou algum fato novo, sendo um mero descritivo da condição de saúde do paciente e dos tratamentos realizados. Portanto, expressa um resumo do atendimento médico prestado, com descrição do atendimento, da propedêutica, do diagnóstico, do prognóstico, de exames etc., devendo ser, obrigatoriamente, fornecido ao paciente quando solicitado, espelhando sempre a sua real situação clínica. A elaboração do relatório médico é antes de tudo uma obrigação ética (GOMES, 2013).

O médico assistente ou especialista, ao ser solicitado pelo médico do trabalho, deverá produzir relatório ou parecer, com descrição dos achados clínicos, prognóstico, tratamento e exames complementares realizados que possam estar relacionados às queixas do trabalhador e entregar a ele ou ao seu responsável legal, em envelope lacrado endereçado ao médico solicitante, de forma confidencial (Artigo 5º da Resolução nº 2.183, de 21 de junho de 2018).

A bioética clínica se ocupa da identificação, análise e resolução dos problemas morais que podem aparecer no cuidado de um paciente, porém isso não significa que os médicos precisam ser especialistas em raciocínios filosóficos, mas que devem estar preparados para as soluções mais adequadas para o bem do paciente (ROQUÉ-SANCHEZ; MACPHERSON, 2018). Isso se enquadra na beneficência, um dos quatro princípios da bioética, junto com a não maleficência, a autonomia e a justiça, propostos por Tom Beauchamp e James Childress em 1979. Assim, quando um médico recebe o pedido de um relatório médico por um paciente, seja para o recebimento de um benefício ou para uma vaga de emprego, deve se colocar no lugar do paciente e avaliá-lo da melhor forma, sem infringir a ética e o sigilo médico. O inciso XI do Capítulo XI do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) afirma que o médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções, se aplicando ao trabalho em empresas, porém isso não se aplica nos casos em que o silêncio do médico prejudique ou coloque em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

LAUDO MÉDICO

O laudo médico é comumente utilizado para a interpretação de exame complementar, ou resultado de perícia médica, elaborado por médico, e a priori não é instrumento, isoladamente, para definir tratamento. O laudo médico integra também o processo de perícia médica, que se constitui na apuração de fato médico por meio de métodos propedêuticos e técnicos, tendo por finalidade levantar informações de interesse em processos administrativos, previdenciários, judiciais, securitários ou policiais, visando a formação de um juízo de valor (OSELKA, 2013). Então, em uma perícia podem ser requisitados diversos documentos para atestar uma condição do paciente e, entre eles, está o laudo médico. Assim, “Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta” (Artigo 86 do Código de Ética Médica 2019).

CID

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, ou CID, é uma das principais ferramentas do dia a dia médico. Foi conceituada para padronizar e catalogar as doenças e os problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial da Saúde – OMS, e para a organização dos arquivos em meio magnético, tendo sua disseminação eletrônica no Brasil efetuada pelo Datasus, possibilitando, assim, a implantação em todo o território nacional, nos registros de Morbidade Hospitalar e Ambulatorial, compatibilizando esses registros entre todos os sistemas que lidam com morbidade. Tem como benefícios o auxílio na busca de informações diagnósticas para finalidades gerais e permite que programas e sistemas possam referenciar, de forma padronizada, as classificações, a exemplo do Datasus. A CID veio sendo estruturada, por mais de um século, primeiro como forma de responder à necessidade de conhecer as causas de morte. Passou a ser alvo de crescente interesse, e seu uso foi ampliado para codificar situações de pacientes hospitalizados, depois consultas de ambulatório e atenção primária, sendo seu uso sedimentado também para morbidade. A sua décima revisão, denominada “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde”, ou, de forma abreviada, “CID-10”, é a versão da revisão utilizada no Brasil da “Classificação de Bertillon” de 1893, que era inicialmente uma classificação de causas de morte (DI NUBILA; BUCHALA, 2008). A versão mais recente, “CID-11”, foi divulgada pela Organização Mundial da Saúde, porém ainda não possui tradução oficial para a língua portuguesa (WHO, 2022).

A utilização da CID não é obrigatória em atestados, mas pode ser colocada caso o paciente solicite. Já em guias médicas e em procedimentos de reembolso, a constatação do código é vetada pela Resolução nº 1.819/2007 do Conselho Federal de Medicina – CFM. Aqui se vale do mesmo conceito de bioética já comentado, a não maleficência, e do sigilo médico, de modo a não prejudicar ou constranger o paciente ao revelar um problema de saúde sem a sua permissão, desde que isso não o prejudique ou afete a comunidade.

Comentário da especialista⁴⁷

O tema é interessante e pouco discutido nos bancos universitários, o que às vezes deixa o jovem médico sem dar a real importância a atos como fazer declarações corretamente para beneficiar pessoas do seu convívio, como, por exemplo, atestados para liberação do labor, colocando uma doença não existente naquele momento nessa pessoa, ou mesmo, em pós-operatório, colocar um tempo maior que o necessário de afastamento de trabalho. Além disso, há também o risco de oferecer atestados de saúde sem a devida avaliação da pessoa que o solicitou, atestados esses que, na maioria das vezes, servem para que a pessoa realize atividades físicas em academias ou futebol, por exemplo, e pode haver consequências graves caso essa pessoa seja portadora de alguma doença não sabida.

Pessoalmente, durante os meus 40 anos de exercício da medicina, tive alguns poucos casos em que me solicitaram atestados que não correspondiam à realidade, e, quando negado o pedido, pessoas que se diziam amigas ou de relacionamento próximo ficaram chateadas pela negação. Houve um episódio em que uma funcionária do hospital em que eu trabalhava me pediu um atestado, e eu o fiz colocando que ela estava em saúde e com condições de exercer suas atividades profissionais, e ela queria um atestado para não trabalhar pela noite, pois ela iria dar plantão após aquele turno em que estava. Ela pegou o atestado que eu fiz e não o leu no mesmo momento. Apenas quando chegou em casa percebeu que no atestado estava escrito que ela estava apta a trabalhar, e não que ela precisaria se afastar naquela noite do trabalho. Ela parou de falar comigo e ficou com raiva de mim. Então, são pessoas que na verdade não têm amizade com você e acham que é um direito solicitar que você forje um atestado. Outras vezes a gente se vê diante de pacientes de pós-operatório que querem dar entrada no INSS e querem que nós coloquemos um tempo maior do que o que ele precisa para aquela atividade que ele irá exercer, e, como não fazemos isso, o paciente fica rancoroso. É imprescindível, portanto, saber comunicar de forma clara o paciente ou familiar acerca dos motivos que tornam o fornecimento de tais documentos inviáveis.

REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. 1st. ed. Oxford: Oxford University Press, 1979.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.183, de 21 de junho de 2018, **Diário Oficial da União**, 21 set. 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Parecer CFM nº 5/2020. Brasília, 7 de maio de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 3 out. 2021.

DATASUS - Departamento de Informática do SUS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060203>. Acesso em: 28 jun. 2021.

OSELKA, G. (Org.). **Atestado Médico: prática e ética**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013. 152 p. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/pdfs/atestado_medico_pratica_etica.pdf. Acesso em: 13 out. 2021.

ROQUÉ-SANCHEZ, M. V.; MACPHERSON, I. Análise da ética de princípios, 40 anos depois. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 2, abr./jun. 2018. DOI: 10.1590/1983-80422018262239.

WHO. **ICD-11: International Classification of Diseases, Eleventh revision**. Geneva. 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/en>. Acesso em: 20 out. 2022.

Comunicação de más notícias e o protocolo SPIKES

Bruna Jijyon Familia Lourenço⁴⁸
Gislaine do Nascimento Santos⁴⁸
Thauany Santos Barreto⁴⁸
Fellipe Matos Melo Campos⁴⁹

A comunicação de uma má notícia compreende um processo complexo que gera grande impacto emocional tanto ao paciente quanto ao médico, uma vez que muda de forma negativa o panorama do receptor sobre o seu futuro, sendo assim também um momento temeroso ao profissional da saúde, sobretudo ao médico, que transmite tais notícias (FERREIRA; ARAÚJO; MADEIRA, 2018).

Em um contexto mais retrógrado, o médico possuía uma postura de maior autonomia, selecionando, dessa forma, as informações reportadas ao paciente, inclusive omitindo-as (FREIBERGER; CARVALHO; BONAMIGO, 2019). Nesse período, acreditava-se em uma resposta negativa ao tratamento quando a má notícia era comunicada integralmente, como a perda da esperança e a baixa adesão ao tratamento médico. Todavia, a informação transmitida era feita de forma confiante, instigando a positividade na perspectiva de um bom resultado terapêutico (FERREIRA; ARAÚJO; MADEIRA, 2018). Hoje, há evidências de que a emissão da informação completa favorece a adesão ao tratamento, além de garantir o respeito à autonomia do indivíduo, direito oriundo da crescente preocupação com o bem-estar do paciente (FREIBERGER; CARVALHO; BONAMIGO, 2019).

48 Graduandas em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

49 Psiquiatra pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Especialização em Psiquiatria da Infância e Adolescência pelo Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Professor de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Federal de Sergipe.

O médico é o principal comunicador das más notícias, comprovado pela maior percentagem em que as comunica em relação ao enfermeiro (SANTOS, 2018). Por conseguinte, ele necessita de preparação para lidar com as emoções do paciente, de forma a criar um ambiente acolhedor e estabelecer um diálogo compreensível a fim de lhe dar uma perspectiva positiva do futuro com a adesão ao tratamento (CAVALCANTE; VASCONCELOS; GROSSEMAN, 2017). A comunicação de más notícias, contudo, deve ser vista como uma competência profissional para que seu aprendizado e sua prática sejam inseridos de forma direta nas exigências da profissão (SANTOS, 2018).

Ao colocar em questão os fatores que dificultam o processo de comunicação de más notícias, evidencia-se que a incerteza quanto à reação do paciente e da família é o principal deles. Desse modo, o temor de desesperançar o paciente e até complicar o tratamento faz com que os profissionais da saúde enquadrem essa tarefa como difícil e complexa de se executar (SANTOS, 2018). Outrossim, o medo de expressarem emoções pessoais, não terem resposta para as problemáticas que surgem ou até de estarem equivocados quanto à notícia que comunicam também é um fator que os deixa temerosos ao veicularem a notícia (FERREIRA; ARAÚJO; MADEIRA, 2018).

A aptidão na comunicação de más notícias é muito importante na adesão do paciente ao tratamento. Desse modo, há a necessidade de veicular adequadamente a notícia a fim de minimizar as consequências que podem eventualmente surgir e dificultar o tratamento (FREIBERGER; CARVALHO; BONAMIGO, 2019).

Quando não há um preparo médico, vários erros podem ser cometidos. Em vista disso, não falar diretamente ou tentar apresentar vantagem na má notícia pode gerar no paciente a sensação de que não está sendo levado a sério. Além desses equívocos, pode-se citar o desejo do médico de iniciar imediatamente o tratamento ou de transmitir muita informação, não dando ao paciente a oportunidade de lidar com as emoções e até mesmo compreender o que está acontecendo (SOMBRA NETO *et al.*, 2017).

É sabido que o domínio de métodos como o protocolo SPIKES (BAILE *et al.*, 2000) facilita a comunicação de más notícias. Esses métodos apresentam ao profissional técnicas eficazes na veiculação da

informação, como linguagem perceptiva, tom de voz, assertividade, segurança ao passar a informação e capacidade de comunicar-se com o outro. Por esse motivo, o domínio dessas ferramentas possibilita fixar notícias com maior eficácia, minimizando consequências negativas (SANTOS, 2018).

Diante das dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde na comunicação de más notícias e da importância desse momento para o paciente, foram desenvolvidos alguns protocolos e modelos que são guias para auxiliá-los nessa difícil tarefa. Alguns exemplos são os protocolos SPIKES, ABCDE, BREAKS, PEWTER (FERREIRA; ARAÚJO; MADEIRA, 2018) e PACIENTE, este último criado para atender às especificidades da cultura brasileira, entre outros (PEREIRA *et al.*, 2017).

O mais citado na literatura é o protocolo SPIKES (SOMBRA NETO *et al.*, 2017), mnemônico cujas letras referem-se às iniciais das palavras que sintetizam suas seis etapas constituintes, sendo elas: *Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary*. Essas são sequenciais, interdependentes e serão detalhadas a seguir (FERREIRA; ARAÚJO; MADEIRA, 2018).

SETTING UP

Este é o momento de planejar o diálogo. O médico deve se preparar e preparar o ambiente, o qual deve ser preferencialmente um lugar calmo e reservado, que garanta a privacidade do paciente e evite interrupções (FERREIRA; ARAÚJO; MADEIRA, 2018).

PERCEPTION

Etapas em que o médico deve ouvir o paciente e identificar o quanto ele sabe sobre sua condição. Deve-se buscar saber, por meio de perguntas abertas, qual a visão que ele tem sobre sua condição de saúde até o presente momento. Se possível, tentar desconstruir ideias equivocadas, mas sem desrespeitar as crenças do paciente (FERREIRA; ARAÚJO; MADEIRA, 2018).

INVITATION

Descobrir o quanto o paciente deseja saber. Se não for da vontade dele tomar conhecimento do diagnóstico, o médico deve respeitar a decisão

e se mostrar disponível para fazer isso em outro momento, quando o paciente quiser e estiver preparado (FERREIRA; ARAÚJO; MADEIRA, 2018).

KNOWLEDGE

É nesta etapa que a informação propriamente dita é passada ao paciente. É muito importante garantir que o indivíduo realmente entenda o seu diagnóstico, por isso o médico deve adequar o seu vocabulário, evitar palavras muito técnicas, usar frases curtas, claras e objetivas (FERREIRA; ARAÚJO; MADEIRA, 2018). Não é indicado ser excessivamente franco nem postergar os fatos. O mais indicado é antecipar a notícia, ou seja, dar pistas para que o paciente já comece a criar uma ideia do que está por vir (OSTERMANN; FREZZA, 2017).

EMOTIONS

Momento em que o paciente reage à informação recebida e expressa suas emoções. O médico deve aguardar o tempo necessário, ser empático e ajudar no que for preciso, mas sempre respeitando o espaço do paciente (FERREIRA; ARAÚJO; MADEIRA, 2018).

STRATEGY/SUMMARY

É o momento de orientar o paciente e apresentar as opções de tratamento. Montar uma estratégia é importante para amenizar a ansiedade do paciente (SOMBRA NETO *et al.*, 2017).

Os protocolos são ótimos orientadores, mas apenas conhecer as etapas não é o suficiente. O médico não deve se restringir a eles, uma vez que é necessário se adaptar às diversas situações que lhe serão apresentadas. Os pacientes são singulares e apresentam diferenças socioeconômicas, culturais, de faixa etária, sexo, entre outras, que devem ser levadas em consideração. A própria qualificação da notícia irá depender do ponto de vista do paciente, uma vez que dependerá de como ela afetará sua vida e suas expectativas de futuro. Por exemplo, uma lesão que impossibilite uma pessoa de fazer exercícios intensos pode não ser tão grave para a maioria dos indivíduos, contudo pode significar o fim da carreira de um atleta (OSTERMANN; FREZZA, 2017).

Sobre isso, a renomada psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross afirma que as pessoas reagem de maneiras diferentes ao diagnóstico, conclusão a

que chegou após entrevistas com pacientes acometidos por doenças terminais. Ela também classificou os estágios emocionais que os pacientes apresentam, conhecidos como estágios do luto e da perda, que são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (KÜBLER-ROSS, 1985).

Também é válido ressaltar que não é só a comunicação verbal que importa, uma vez que a comunicação não verbal desempenha um papel relevante. A expressão facial, o contato visual e os gestos ajudam a demonstrar que o médico está atento, e são importantes para que o paciente se sinta acolhido (SOMBRA NETO *et al.*, 2017).

Previamente, no entanto, o médico necessita ser preparado desde a sua graduação para adquirir habilidades de comunicação a partir de uma adaptação dos currículos que inclua transmissão de más notícias na prática médica (FREIBERGER; CARVALHO; BONAMIGO, 2019). Uma das adequações é a implantação de métodos de treinamento e estratégias que os auxiliam a emitir a informação com mais segurança, como o uso dos protocolos supracitados (SOMBRA NETO *et al.*, 2017).

É evidenciado, na literatura, o impacto de abordar o tema com estudantes de Medicina. Após a análise de 27 trabalhos publicados entre 1982 e 2018 sobre esse tema, foram observadas melhorias na capacidade de comunicação das más notícias dos profissionais de diversas faixas etárias e tempos de atuação, melhorias essas advindas de treinamento acerca do assunto abordado, reforçando, pois, a necessidade de uma preparação desde a graduação para esse fim (CAMARGO *et al.*, 2019).

Comentário do especialista⁴⁹

Por mais que seja da nossa natureza tentar evitar o desprazer, durante o exercício da medicina há diversos momentos e contextos desconfortáveis, como dar uma má notícia. A comunicação de más notícias não é algo exclusivo da profissão médica, sendo uma realidade intrínseca ao fato de vivermos coletivamente e nos comunicarmos, afinal uma hora ou outra o assunto será desagradável. Um lembrete meio óbvio, mas que vale a pena frisar: a má notícia não se restringe necessariamente ao óbito – por mais grave que seja –, mas pode envolver diagnósticos graves, prognósticos reservados ou até desfechos de conflituosas psicossociais.

Por mais óbvio que pareça, os protocolos de más notícias não trazem normas ou guias sobre a acurácia diagnóstica ou a especificidade

da avaliação feita, visto que o objetivo é a forma de comunicar o fato, e não o fato em si. Notem que não é uma questão de dar o diagnóstico adequado, mas de dar adequadamente o diagnóstico. Mas por que então precisamos de uma “receita de bolo” para nos comunicarmos com alguém? Por que o SPIKES ajudaria tanto (e realmente ajuda muito) se falar algo desagradável nos é corriqueiro na vida?

Nesse tema especificamente, opto aqui por destacar dois dos diversos debates cabíveis: sobre o preparo médico em se comunicar e ser compreensível além do escopo clínico/técnico; e sobre o quanto o SPIKES seria associável a dificuldades ou fatores emocionais dos profissionais.

Repassar uma informação clínica – boa ou má – para alguém leigo no assunto é um desafio inicialmente de “tradução”. A maior parte dos leitores desse livro tem uma bagagem de terminologias e lógica clínica construídas ao longo da formação, mas trazer um fenômeno clínico para a compreensão de alguém sem esse arcabouço é o primeiro grande desafio, pois a introjeção da terminologia médica ao vocabulário comum do profissional pode dificultar a transferência da informação. Porém, a linguagem excessivamente coloquial poderia passar a impressão de invalidação da severidade do tema em questão e acaba se tornando um certo equilíbrio: técnico demais e incompreensível, ou coloquial demais e banalizador? O trabalho de reportar uma má notícia, grosseiramente, começa com um trabalho de tradução.

O outro ponto – creio que seja o que mais nos influenciaria individualmente – seria o afetivo. Trazer uma má notícia para um paciente ou algum acompanhante envolve lidar tanto com a resposta emocional dos interlocutores (e as suas condutas subsequentes) quanto com a própria emoção do profissional.

As taxas de Transtorno do Espectro Autista têm aumentado na população pediátrica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021). Por mais que o acesso ao conhecimento sobre sintomas, diagnóstico e modalidades terapêuticas tenha se tornado mais democrático, ainda assim trazer para um pai e/ou uma mãe esse diagnóstico traz um impacto emocional significativo naquele momento e ao longo da vida daquela família. A compreensão mínima do que deve ser ouvir um diagnóstico grave para um filho – por exemplo – é essencial nesse processo tanto inicial de repassar o diagnóstico quanto para o próprio vínculo ao longo do tratamento.

Eis um caso ilustrativo: uma das piores notícias que presenciei não foi óbito ou de diagnóstico grave, mas ter de acompanhar o Serviço Social do hospital onde estava para comunicar a um garoto de 12 anos com esquizofrenia que ele seria recolhido pelo abrigo, ou seja, que ele seria “devolvido” para adoção. Ninguém faleceu, não era um quadro terminal, mas era o fim daquela vida tão sonhada por aquele jovem. A equipe já hesitava há alguns dias em repassar a notícia ao garoto não necessariamente pelo desconforto dele, mas sim da própria equipe em saber que teria de lidar com os olhos chorosos de um garoto desamparado por uma doença que ele não escolheu ter. Nos dias seguintes, foram necessárias reuniões regulares para dar suporte emocional à equipe.

Pode parecer distante da lógica do SPIKES, mas, ao buscar compreender emocionalmente o interlocutor, invariavelmente se compreende o mnemônico. O planejamento de o quê e como falar, o caráter de “convite” ao interlocutor para o diálogo (em vez de simplesmente noticiar), buscar entender as demandas e dúvidas do outro e organizar o discurso são consequências de uma mínima reflexão empática para com os interlocutores.

Por fim, gostaria de frisar o fator mais importante: não se deve esquecer que a própria iniciativa de estudar sobre como se portar e se comunicar adequadamente na prática clínica já é um demonstrativo do desejo de cuidar melhor dos pacientes, e isso, por si só, já merece todo o nosso reconhecimento e a nossa exaltação.

REFERÊNCIAS

- BAILE, W. F. *et al.* SPIKES — A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: application to the patient with cancer. **The Oncologist**, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 302-311, 1o ago. 2000. Oxford University Press (OUP). DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302.
- CAMARGO, N. C. *et. al.* Ensino de comunicação de más notícias: revisão sistemática. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 326-340, 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019272317.
- CAVALCANTE, M.; VASCONCELOS, M.; GROSSEMAN, S. A Comunicação de Más Notícias por Estudantes de Medicina: Um Estudo de Caso. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, 2017. Disponível em: <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1517>. Acesso em: 5 jan. 2020.
- FERREIRA S. R.; ARAÚJO A. I.; MADEIRA N. Comunicação de más notícias. *In*: MACEDO, A.; PEREIRA, A. T.; MADEIRA, N. (Eds.). **Psicologia na Medicina**.

[S. l.]: LIDEL Edições Técnicas, 2018. p. 527-538. ISBN 978-989-752-348-9. Disponível em: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/2177/1/ComunicaDcias.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2019.

FREIBERGER, M. H.; CARVALHO, D.; BONAMIGO, E. L. Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 318-325, 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019272316.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Autism spectrum disorders**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>. Acesso em: 6 set. 2021.

OSTERMANN, A. C.; FREZZA, M. “Veio o resultado do exame”: a comunicação de notícias diagnósticas (e como investigações linguístico-interacionais podem informar as práticas profissionais). **Ling. (dis)curso**, Santa Catarina, v. 17, n. 1, p. 25-50, abr. 2017. DOI: 10.1590/1982-4017-170102-0516.

PEREIRA, C. R. et. al. The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 63, n. 1, p. 43-49, 2017. DOI: 10.1590/1806-9282.63.01.43.

SANTOS, A. P. R. D. **Comunicação de Más Notícias em Contexto de Urgência**: Práticas e dificuldades da equipa de saúde. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica) - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Leiria, Leiria, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.8/3685>. Acesso em: 27 dez. 2019.

SOMBRA NETO, L. L. *et al.* Habilidade de Comunicação da Má Notícia: o Estudante de Medicina Está Preparado? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 41, n. 2, p. 260-268, 2017. DOI: 10.1590/1981-52712015v41n2RB20160063.

Publicidade médica: regulamentações e principais dúvidas

Marcelle de Farias Argolo⁵⁰

Adrielle de Farias Argolo⁵¹

INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19, em conjunto com a maior demanda de utilização de meios digitais de comunicação em virtude das medidas de proteção sanitárias preconizadas para a diminuição de propagação do vírus, trouxe destaque para a necessidade do conhecimento dos estudantes e profissionais médicos acerca da postura ética nas redes sociais (PURIM *et al.*, 2022). Antes mesmo desse cenário, porém, a publicidade médica já era tema de debates no meio médico por se tornar uma forma de atrair mais pacientes aos consultórios médicos, como definido por Alves *et al.* (2012): “[...] o *marketing* médico [...] representa um conjunto de ações e estratégias que têm por objetivo agregar valor à prática médica por meio da identificação de oportunidades e mercado, dos desejos e das necessidades dos pacientes”.

Aliado a isso, os pacientes possuem um maior acesso a informações, antes exclusivas aos livros acadêmicos de forma simplificada e instantânea, e, portanto, sentem-se seguros para participar de forma mais ativa nas escolhas relativas aos seus tratamentos (DENECKE *et al.*, 2015), além de considerarem avaliações de outros pacientes on-line em sites especializados na escolha do seu médico, como apontado por pesquisa realizada por Grabner-Kräuter e Waiguny (2015).

50 Graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

51 Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe. Pós-graduada em Ultrassonografia pelo Instituto Leal de Educação. Certificada pela *American Heart Association* para Suporte Avançado de Vida Cardiovascular.

No entanto, em meio a tantas possibilidades, questões éticas devem sempre ser observadas, especialmente nas redes sociais, como forma de garantir a honestidade de conteúdo e a privacidade dos pacientes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

Diante do exposto, o presente capítulo traz debates pertinentes acerca das principais regulamentações e de pareceres do Conselho Federal de Medicina – CFM como forma de sanar dúvidas pertinentes, além de expor as principais infrações éticas cometidas pela classe médica.

Regulamentações do Conselho Federal de Medicina

Os princípios da regulamentação em relação à publicidade médica estão contidos no Código de Moral Médica publicado em 1929 – a primeira formulação do Código de Ética Médica reconhecida pela classe médica – no “Capítulo 2: Dos deveres relativos à manutenção da dignidade profissional”. Naquele documento, a publicação de relatos de casos clínicos em jornais ou revistas não consagrados à medicina e o uso e a propaganda de medicamentos secretos que se ofereçam como infalíveis na cura de determinadas moléstias são vedados e já eram abordados, além da obrigatoriedade da publicação de dados profissionais como nome, títulos científicos, especialidade e endereço de residência ou do consultório (SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO, 1929).

O termo “publicidade” foi apresentado pela primeira vez em 1953 no Código de Ética da Associação Médica Brasileira como um dos itens do artigo 5º contido no “Capítulo 1: Normas Fundamentais”, que tratava de atitudes vedadas ao médico: “fazer publicidade imoderada, sendo lícito, nos anúncios, além das indicações genéricas, referir especialidade, títulos científicos, aparelhagem especial, horário e preço de consultas.” (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 1953).

Após uma série de modificações ao longo do tempo, foi divulgada a Resolução nº 1.974/2011, que deu origem ao Manual de Publicidade Médica e estabeleceu os principais critérios da realização de propagandas, comunicação e parâmetros de conduta dos médicos nas redes sociais. Dessa forma, a essa resolução promove uma importante atualização justamente por trazer a ética médica para a esfera digital, tendo como complementações posteriores as resoluções nº 2.126/2015 e nº 2.133/2015 (CFM, 2011, 2015a, 2015b).

Atualmente, na mais nova edição do Código de Ética Médica – CEM, publicada em 2019, o CFM retoma pontos importantes já abordados na Resolução nº 1.974/2011 e regula a publicidade médica em relação ao seu conteúdo, como o profissional deve se portar ao realizar a publicidade e qual deve ser o objetivo desta. É vedado aos médicos publicar conteúdo inverídico ou ainda não comprovado, sensacionalista, promocional, promover descoberta de outrem como sua ou divulgar/fazer referências a casos clínicos em que o paciente seja facilmente identificável – violando assim a sua privacidade –, mesmo que haja o consentimento deste. O profissional deve sempre se identificar utilizando todas as suas credenciais (número de registro no Conselho Regional de Medicina – CRM – e, se possuir, registro de qualificação de especialista – RQE), sendo proibido utilizar qualquer identificação falsa, o que também é válido para as instituições de saúde privadas. O objetivo da publicidade médica consiste em promover a educação e o esclarecimento da população, sendo, portanto, vedada ao profissional a participação em anúncios comerciais, já que tal publicidade visa o lucro em detrimento da educação. As penalidades devido ao descumprimento dessas regras podem variar desde advertência, censura confidencial ou pública até a cassação do direito de exercer a profissão (CFM, 2019, cap. IX, art. 75; cap. XIII).

Em última atualização sobre o assunto, na Resolução nº 2.309/2022, o CFM fornece esclarecimentos sobre o compartilhamento dos dados dos profissionais médicos à luz da Lei nº 13.709/2018, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, reforçando que é de interesse público que dados como nome completo, foto, endereço e contato profissionais e CRM/RQE estejam disponíveis para consulta da população (CFM, 2022a).

Dúvidas pertinentes em relação à publicidade médica

Apesar de conhecer as regras de realização da publicidade médica, muitos ainda possuem dúvidas quanto à sua aplicação na prática. Para isso, a Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos – Codame (SBD, 2018) e, se pertinente, o próprio CFM estão disponíveis para sanar questionamentos e emitir pareceres sobre as mais variadas situações.

Como exemplos oportunos a serem analisados serão citados os pareceres do CFM de número 302/2022, 302/2020, 6/2007, 31/2022, 11/2020 e 24/2016 (CFM, 2007, 2016, 2020a, 2020b, 2022b, 2022c).

O Despacho 302/2022 analisa questionamentos acerca da interpretação do art. 13 da Resolução CFM nº 1.974/2011 sobre a publicação reiterada de elogios a procedimentos, resultados ou “antes e depois” em redes sociais de forma “sistemática”, considerando que a forma sistemática seria caracterizada pela publicação de diversos elogios por um mesmo paciente denota uma situação de interesse comercial, ainda mais em vigência da atuação de influencers nas redes sociais. No entanto, a publicação de elogios únicos por múltiplos pacientes já configuraria apenas um agradecimento público por um atendimento prestado.

De toda forma, o CFM conclui que o médico pode publicar elogios manifestados por clientes, desde que não se configure uma divulgação “sistemática”, um conceito difícil de ser precisado até mesmo pelo Conselho (CFM, 2022b). A modalidade de elogios únicos por diversos pacientes encontra-se também no Despacho nº 302/2020, com a análise de caso concreto do site Doctoralia, que promove o ranqueamento dos profissionais médicos com base em avaliações subjetivas de pacientes, o que poderia ser considerado uma exposição profissional indevida nas redes sociais. Neste caso, o CFM, com base no art. 12 da Resolução CFM nº 1.974/2011, no qual os médicos não devem permitir a inclusão de seu nome em concursos ou similares (“médico do ano”, “destaque”, entre outros) com o objetivo promocional, afirma que o site infringe as normas éticas aplicáveis, e o caso deve ser encaminhado para análise das autoridades competentes (CFM, 2020a). De forma semelhante, o Dr. F.W. questiona no Parecer nº 6/2007 se o possível recebimento do título “médico do ano” cedido pela Associação Médica de Israel é “viável, ético e desejável”. O CFM concluiu que tal atitude configuraria uma infração ética ao artigo 132 do CEM vigente na época, que trata da divulgação médica de forma sensacionalista, e à Resolução nº 1.701/03, que não permite ao médico utilizar seu nome em concursos ou similares com a finalidade de escolher “melhor médico”, “destaque” ou “médico do ano” (CFM, 2007).

No Despacho CFM nº 31/2022, um hospital questiona a possibilidade de contratar um médico com pós-graduação – mas sem RQE – como especialista. A pós-graduação confere formação acadêmica, mas não pode ser considerada uma especialidade, cujo título somente pode ser fornecido por programas cadastrados pela Comissão Nacional de

Residência Médica – CNRM. A atuação médica independe de títulos de especialidade, sendo a todo profissional com graduação permitido atuar em qualquer área. Porém, a divulgação por parte do hospital de contratação de um especialista configura infração por tal profissional possuir apenas pós-graduação e não o RQE, situações que não são equivalentes (CFM, 2022c).

A comercialização de cursos on-line, popularizados principalmente após o período da pandemia de Covid-19, também foi questionada no Parecer CFM nº 11/2020. O requerente indaga se os seus cursos ofertados que promovem o “bem-estar, melhora do sono e recuperação de energia” seriam categorizados como atividade de ensino ou ato profissional, sendo este último regido pela regulamentação da publicidade médica. De acordo com o CFM, cursos desse tipo constituem ato profissional por configurarem prevenção primária em saúde. O acesso direto dos participantes dos cursos a grupos de mensagens também é questionado, e o CFM indica que essa prática pode ocorrer desde que não sejam recomendados tratamentos ou procedimentos em massa e sem a realização de consulta individual presencial (CFM, 2020b).

As redes sociais, principalmente o *WhatsApp*, podem servir como meio de orientações de pacientes já em acompanhamento ou até mesmo de troca de informações e discussões de casos entre médicos, como é observado pelo CFM no Parecer 24/2016. Neste caso, a criação de chats para discussão de casos clínicos entre médicos foi interpretada pelo CFM como perfeitamente possível e viável, além de não necessitar de cadastro no Conselho Federal de Medicina, desde que obedeça às resoluções do CFM e mantenha a privacidade dos pacientes que terão suas patologias discutidas, evitando a divulgação de nomes e fotos que os identifiquem (CFM, 2016).

Principais infrações éticas cometidas e possíveis punições

De acordo com o levantamento de dados feito por Gracindo (2018) acerca das principais infrações éticas cometidas no período entre 2010 a 2016, o segundo ato mais punido pelo CFM é a publicidade médica, correspondendo a 10,27% dos casos – atrás apenas de casos envolvendo imperícia, imprudência e negligência com 18,49% –, sendo que infrações específicas aos artigos 111 e 112 do CEM representaram apenas

6,68% do total e levaram a 22 processos de cassação, cinco censuras públicas, duas censuras confidenciais e duas suspensões por 30 dias.

Além disso, em pesquisa realizada por Oliveira (2019), analisou-se a relação entre as infrações éticas cometidas por dermatologistas e cirurgiões plásticos – principais especialidades ligadas à estética e à cosmiaatria – na rede social Instagram e o número de seguidores. Foram analisadas postagens com infrações (fotos de antes e depois, autopromoção e sensacionalismo, entre outros), com recomendações (divulgação de contatos, registro de especialidade e postagens educativas) e não recomendações por parte do CFM (*selfies* em situações de trabalho e postagens pessoais). Chama atenção que, dentre os perfis públicos pesquisados, 87,5% possuíam pelo menos uma infração ética. Também foi constatado que tanto postagens com infrações (fotos com pacientes, autopromoção e sensacionalismo) quanto postagens recomendadas (informes educativos) possuíram influência no aumento do número de seguidores dos perfis. Assim, fica clara a importância da publicidade médica e da sua realização dentro dos parâmetros éticos do CFM.

Como iniciativa para diminuir esses índices, a Sociedade Brasileira de Dermatologia – SBD divulgou o Guia de Boas Práticas nas Redes Sociais, em 2018, para esclarecer dúvidas e fazer recomendações. As principais recomendações são: separar os perfis pessoais e profissionais, não realizar consultas através das redes sociais e, caso o paciente insista, esclarecer que as regras do CFM não permitem tal prática, sempre verificar as fontes antes de compartilhar qualquer conteúdo, ter cautela ao compartilhar informações sobre pacientes com outros profissionais, além de não postar fotos de atendimentos, consultas, procedimentos e *selfies* com pacientes. Por fim, uma indicação da SBD, baseada no bom senso do profissional, é a de não curtir conteúdos impróprios ou seguir comunidades que desrespeitem, por exemplo, crenças religiosas e a diversidade. Em caso de qualquer dúvida sobre a aplicação das regras, o Guia ainda orienta o profissional a procurar a Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos – Codame de seu CRM para consultas (SBD, 2018).

CONCLUSÃO

A internet e as redes sociais apresentam-se como uma ferramenta altamente eficaz e ágil para o compartilhamento de informações e

a realização de propagandas. No entanto, a publicidade médica é rigorosamente regulada, atualmente, pelas Resoluções nº 1.974/2011, nº 2.126/2015, nº 2.133/2015 e pelo CEM atualizado em 2019. Desinformação ou possíveis dúvidas, sanadas pelas Codames, acerca dessas regras podem surgir na prática médica e resultam em altos índices de infrações éticas, corretamente analisadas e punidas pelo CFM. Felizmente, a SBD percebeu essa tendência e publicou o Guia de Boas Práticas Médicas em 2018 como forma de melhor instruir os profissionais.

Comentário da especialista⁵¹

Com o advento da internet e o crescente acesso à informação e às redes sociais, a relação médico-paciente passa por profundas mudanças nas últimas décadas. Vivemos em meio a uma enxurrada de informações e propagandas, na qual o excesso de exposição e o limite entre o público e o privado se confundem.

Quando o assunto é publicidade médica, não é diferente. Apesar de existirem leis e resoluções específicas que norteiam a publicidade médica pelo CFM, sendo a base a Resolução nº 1.974/2011, cujo foco é a propaganda médica com base nos princípios éticos concordantes, o assunto ainda é pouco conhecido.

Médicos de modo geral desconhecem os detalhes das resoluções e os limites que regem a sua classe e a sua atividade. Dessa forma, muitos apresentam dúvidas principalmente quando se envolvem anúncios e redes sociais. Essas redes, principalmente aquelas com enfoque em imagem, são utilizadas não só como exposição de vida pessoal, mas como instrumento de propaganda diário e de modo geral barato.

Pacientes são atraídos por publicações que comumente são permeadas por infrações, passam muitas vezes a serem tratados como clientes por médicos que agem como meros prestadores de serviço, e a relação médico-paciente frequentemente é vista como um negócio que se iniciou através das telas e segue na vida real, normalmente em busca de ganho/resultado esperado, já pré-visualizado.

Dessa forma, a publicidade ganha diversas nuances, e o *marketing* ganha cada vez mais espaço dentro da medicina. Entretanto, embora a legislação possa ser constantemente atualizada para acompanhar todas

as nuances da publicidade, limites continuam se fazendo necessários para a proteção dessa relação a fim de que seja conduzida de modo ético e profissional.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. H. C. *et al.* Percepções de alunos de medicina sobre marketing médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, p. 293-299, set. 2012. DOI: 10.1590/S0100-55022012000500002.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (Rio de Janeiro). 30 jan. 1953. **Código de Ética da Associação Médica Brasileira**: aprovado na IV Reunião do Conselho Deliberativo, ocorrida no Rio de Janeiro, a 30 de janeiro de 1953 e reconhecido pela Lei nº 3268 de 30 de setembro de 1957. Rio de Janeiro, p. 372-376, 30 jan. 1953. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/documentos/EticaMedica/codigoeticaamb1953.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Parecer CFM nº 6/2007. É vedado ao médico aceitar “homenagem” em que receba título de “médico do ano” por serviços prestados à comunidade. As homenagens devem ter critérios de avaliação científica, acadêmica, ética e pessoal, destacando unicamente o profissional em sua essência. **Matéria publicada no periódico Cartas Médicas, da Associação Médica de Israel, sob o título “O Médico do Ano, é viável, ético e desejável”**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, ano 2007, 14 jun. 2007. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2007/6>. Acesso em: 14 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM 1.974/11. **Estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 19 ago. 2011. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1974>. Acesso em: 14 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Parecer CFM Nº 24/2016. **A criação de aplicativo de chat para divulgação de assunto médico pode ser feita desde que respeite o previsto nas Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. Criação de aplicativo de chat para discussão e troca de informações, fotos e casos clínicos entre médicos**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 19 maio 2016. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2016/24>. Acesso em: 14 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.126/2015. **Altera as alíneas “c” e “f” do art. 3º, o art. 13 e o anexo II da Resolução CFM nº 1.974/2011, que estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos,**

o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2015a. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2015/2126>. Acesso em: 14 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.133/2015. **Altera o texto do Anexo I – Critérios para a relação dos médicos com a imprensa (programas de TV e rádio, jornais, revistas), no uso das redes sociais e na participação em eventos (congressos, conferências, fóruns, seminários, etc.) da Resolução CFM nº 1.974/2011, publicada no D.O.U. de 19 de agosto de 2011, nº 160, Seção I, p.241-4.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2015b. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2015/2133>. Acesso em: 14 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019.** Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 14 jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Despacho CONJUR CFM nº 302/2020. **Exposição promocional indevida de médicos em mídia social. Aparente violação à Resolução CFM nº 1.974/2011.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2020a. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/despachos/BR/2020/302>. Acesso em: 3 fev. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Processo-consulta CFM nº 7/2019 – Parecer CFM nº 11/2020. **Comercialização de cursos oferecidos por médicos via internet. Natureza do serviço médico. Aplicação das regras de publicidade médica. A comercialização de cursos dessa natureza deverá respeitar os dispositivos do Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 2.217/2018, da Resolução CFM nº 1.974/2011 e critérios estabelecidos no Parecer CFM nº 14/2017.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2020b. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/11>. Acesso em: 3 fev. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2309/2022. **Estabelece regramento para a publicização e compartilhamento de dados de médicos inscritos à luz da LGPD, do interesse público e das atribuições legais conferidas ao Conselho Médico.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2022a. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2309>. Acesso em: 3 fev. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Despacho CONJUR CFM nº 302/2022. Consulta. Conselho Regional de Medicina do Paraná, Resolução CFM nº 1974/2011. **Publicações reiteradas ou sistemáticas de elogios e imagens. Código de**

Ética Médica. Decreto-lei nº 4113/1942. Análise jurídica. Questão ética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2022b. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/despachos/BR/2022/302>. Acesso em: 3 fev. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Despacho CONJUR CFM nº 31/2022. **Questionamento questiona a respeito da possibilidade de Hospital admitir médico pós-graduado (sem Registro de Qualificação de Especialista junto ao CFM) como especialista.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2022c. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/despachos/BR/2022/31>. Acesso em: 3 fev. 2023.

DENECKE, K. *et al.* Ethical Issues of Social Media Usage in Healthcare. **Yearbook of Medical Informatics**, v. 10, n. 1, p. 137-147, 2015.

GRABNER-KRÄUTER, S.; WAIGUNY, M. K. J. Insights into the Impact of Online Physician Reviews on Patients' Decision Making: randomized experiment. **Journal of Medical Internet Research**, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 93, 9 abr. 2015. JMIR Publications Inc. DOI: 10.2196/jmir.3991.

GRACINDO, G. C. L. **Princípios bioéticos na prática médica no Brasil:** construindo um perfil do profissional da medicina a partir dos processos ético-disciplinares julgados (período 2010-2016), com base no atual Código de Ética Médica. Orientador: Professor Doutor Rui Nunes. 2018. 196 p. Tese de Doutorado (Doutorado em Bioética) - Universidade do Porto, Porto, 2018. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/116726/2/298766.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2020.

OLIVEIRA, P. D. Infrações éticas de dermatologistas e cirurgiões plásticos no Instagram e impacto no número de seguidores. **Rio Dermatológico**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 26-26, jul. 2019.

PURIM, K. S. M. *et al.* Publicidade médica em redes sociais: conhecimento e ensino na graduação de Medicina. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 49, 4 nov. 2022. DOI: 10.1590/0100-6991e-20223386.

SINDICATO MÉDICO BRASILEIRO. Código de Moral Médica: tradução do Código de Moral Médica aprovado pelo VI Congresso Médico Latino-Americano feita pelo Dr. Cruz Campista. *In: Boletim do Sindicato Médico Brasileiro*, [S. l.], n. 8, p. 114-123, 8 ago. 1929. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/wp-content/uploads/2020/09/codigomoralmedica1929.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Guia de boas práticas nas redes sociais.** [S. l.: s.n.], 2018. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/mm/cms/2018/08/15/sbd-a6guiaboaspraticasversaoreduzida.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2020.

O médico estrangeiro e o Programa Mais Médicos

Bruna Jijyon Familia Lourenço⁵²

Hilton Vicente Porto Ribeiro⁵³

Os médicos estrangeiros possuem destaque no Brasil não apenas hoje, mas também no passado, a exemplo da atuação dos médicos italianos no Rio Grande do Sul entre 1892 e 1938, descrita pela autora Leonor Baptista Schwartzmann (2017) em seu livro sobre o tema. Esses profissionais, apesar de enfrentarem dificuldades com o idioma e o exercício legal da profissão, deixaram um grande legado para essa região, como a construção de hospitais, casas de saúde, maternidades e enfermarias, além da introdução de especialidades como a oftalmologia. Conquistaram também um grande destaque no campo cirúrgico, na obstetrícia e na radiologia, bem como no tratamento de tuberculose e sífilis (SCHWARTSMANN, 2017).

Na presente abordagem sobre o médico estrangeiro, pontuam-se os desafios enfrentados por esses profissionais, sobretudo a respeito do seu exercício legal da medicina ao adentrarem o Brasil. A princípio, denota-se uma dificuldade em aprender um novo idioma, o que, muitas vezes, dificulta o entendimento dos pacientes, entretanto não inviabiliza o atendimento, uma vez que outros recursos na linguagem, como gestos, podem ser utilizados (SILVA *et al.*, 2016). No passado, era exigido o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa – Celpe-Bras para médicos estrangeiros oriundos de países cuja língua nativa não é o

52 Graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

53 Graduado pela UFS. Especialista em Direito da Medicina pelo Centro de Direito Biomédico da Universidade de Coimbra. Pós-graduado em Direito Médico pela Universidade Católica de Salvador – Ucsal. MBA Executivo em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas. Membro da World Association for Medical Law. Vice-Presidente Regional Nordeste do Capítulo Brasileiro da Asociación Latinoamericana de Derecho Médico – Asolademe Brasil. Coordenador do Núcleo de Direito Médico do Porto Silva Advocacia e Consultoria.

português, exigência essa que foi revogada pela Resolução nº 2.313/22 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2022).

Além do obstáculo da língua, encontram-se outras exigências promovidas pela Resolução CFM nº 2.216/18, que regulamenta as atividades dos cidadãos estrangeiros e dos brasileiros formados em faculdades de Medicina no exterior. Dentre elas, está o dever de realizar a prova de validação, o Revalida, sendo esse exame um requisito de suma importância para o profissional exercer legalmente a medicina no país (CFM, 2018).

O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

O Programa Mais Médicos foi criado em 22 de outubro de 2013 pela Lei Federal nº 12.871 com a principal premissa de suprir a demanda de médicos em áreas afastadas, além de investir na infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde – UBS (BRASIL, 2013a; SANTOS *et al.*, 2019).

Com a criação do SUS – Sistema Único de Saúde em 1998, foram definidas novas diretrizes para a saúde pública, dentre elas os princípios básicos desse sistema: universalização, integralidade, descentralização e participação popular. Diante disso, o acesso à saúde foi ampliado. Entretanto, um desafio persistiu, que é a carência de médicos em locais isolados e mais socioeconomicamente vulneráveis do território brasileiro (SANTOS *et al.*, 2016).

No Brasil, há um baixo número de médicos por habitantes, 2,4 para cada 1.000 habitantes em 2020, aliado à alta concentração dos médicos nas regiões Sul e Sudeste do país (2,68 e 3,15 médicos por habitante, respectivamente), que concentram mais de 65% do total de profissionais, resultado, também, da escassez de boas condições de trabalho nas demais regiões (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Nas regiões Norte e Nordeste, que possuem os menores índices, há carência, especialmente na segunda, de médicos na Atenção Primária à Saúde – APS, com 49,3% da população tendo pouco acesso a esses profissionais nos seus locais de residência (NOGUEIRA *et al.*, 2016). Apon-ta-se, também, uma maior abundância de médicos nos grandes centros urbanos quando comparados às áreas interioranas, o que denota uma maior desigualdade (SCHEFFER *et al.*, 2020).

A escassez de profissionais afeta vários países e está relacionada, além disso, às transições demográfica e epidemiológica, que exigem uma redistribuição dos agentes da saúde. A partir dessa demanda, foram realizadas diversas ações pelo Governo Federal para tentar supri-la, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – Piass em 1976, o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde – Pibus em 1993 e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS em 2001 (SILVA *et al.*, 2016).

O Governo Federal ainda lançou em 2011 o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica – Proverb, contudo obteve pouca adesão, com o preenchimento de apenas 29% das vagas. Na sequência, em 2013, foi criado o Programa Mais Médicos – PMM (SILVA *et al.*, 2016). O PMM, para suprir essas demandas, introduziu médicos estrangeiros e brasileiros formados no exterior, alocando-os nos rincões mais afastados e com menor disponibilidade, sobretudo, de APS, incluindo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. Todavia, burla uma norma do CFM, uma vez que não exige a realização do exame Revalida (TELLES; SILVA; BASTOS, 2019).

Desde a sua criação, inicialmente, houve uma maior adesão dos médicos cubanos se comparada à dos médicos brasileiros e demais estrangeiros. Ademais, há relatos muito positivos acerca do trabalho dos médicos cubanos, que compunham o maior número de profissionais nesse período, sendo caracterizado como um cuidado bastante humanizado (TELLES; SILVA; BASTOS, 2019).

No primeiro ano do programa, a adesão de médicos cubanos foi de mais de 70% do total de inscritos, havendo, contudo, um aumento progressivo na participação dos médicos brasileiros formados no exterior (TELLES; SILVA; BASTOS, 2019).

O PMM trouxe significativos resultados. No início da sua implementação, em 2013, houve uma redução de 35,5% no número de municípios com escassez de profissionais, o que resultou numa distribuição mais igualitária dos médicos da atenção básica no país (RUSSO, 2021).

Fica evidenciada a necessidade de um maior foco na atenção primária, apresentada como escassa em regiões longínquas, que com o seu suprimento provoca a redução de encaminhamentos hospitalares e outros problemas como doenças relacionadas à precária assistência

básica, carecendo de mais investimentos em políticas públicas de saúde para melhor assistir populações mais vulneráveis (SANTOS *et al.*, 2016).

Comentário do especialista⁵³

O Programa Mais Médicos – PMM, criado pela Lei Federal nº 12.871/13, surgiu da iniciativa do Governo Federal em promover melhorias no sistema público de assistência à saúde através da realização de um projeto que fortalecesse a atenção básica no âmbito do SUS mediante atração de médicos para regiões com maior necessidade e dificuldade de fixar profissionais (BRASIL, 2013a).

A execução do projeto teve por base três pilares fundamentais: a reordenação da oferta de cursos de Medicina, privilegiando regiões com menor concentração de médicos; a reestruturação curricular da graduação em Medicina, com a exigência de cumprimento do mínimo de 30% da carga horária do internato na atenção básica e em serviços de urgência e emergência ligados ao SUS; e a promoção do aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica através da estratégia ensino-serviço, inclusive mediante intercâmbio internacional.

Para o cumprimento desse último pilar, a legislação determinou a observação de ordens de prioridade no preenchimento das vagas ofertadas, a saber: primeiramente médicos de qualquer nacionalidade com registro no Brasil; médicos brasileiros formados no exterior e sem diploma revalidado; e médicos estrangeiros formados no exterior, sem revalidação do diploma (BRASIL, 2015).

A lei estabeleceu ainda que não seriam admitidos médicos brasileiros ou estrangeiros graduados em países cuja proporção de médicos por habitante fosse menor que a do Brasil, razão pela qual não houve a participação de profissionais oriundos da maior parte dos países sul-americanos (BRASIL, 2015).

Caso permanecessem vagas remanescentes após a inscrição individual dos três grupos prioritários, haveria a possibilidade de realização de acordos de cooperação com entidades e organizações internacionais para o fornecimento de profissionais médicos, tendo essa situação ocorrido nos primeiros anos do programa.

Diante da insuficiência de médicos após o término das inscrições, o Brasil firmou acordo de cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, que disponibilizou profissionais cubanos para o preenchimento das vagas ociosas.

A lei facultou aos médicos inscritos no programa o exercício da medicina no âmbito do PMM por até três anos – renováveis por igual período – sem a necessidade de revalidação de diplomas, exigência essa somente aplicada nos casos de renovação da inscrição.

A execução do PMM, em que pese ser bem aceito pela maioria da população, levantou uma série de questionamentos e discussões jurídicas, especialmente sobre a responsabilidade pelos atos profissionais praticados pelos médicos estrangeiros sem registro no Conselho Regional de Medicina – CRM.

Isso porque a Lei Federal nº 3.268/57, que regulamentou os Conselhos de Medicina e estabeleceu a competência dessas autarquias para supervisionar a ética profissional, julgar e aplicar sanções disciplinares àqueles médicos que transgredirem as normas deontológicas, determinou em seu art. 17 que os esculápios somente poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após a sua inscrição no CRM local (BRASIL, 1957).

No entanto, a Lei do Mais Médicos atribuiu ao Ministério da Saúde o registro dos médicos intercambistas participantes do PMM, flexibilizando para esses profissionais a tradicional exigência de registro prévio no CRM como condição para exercício das atividades médicas, desde que no âmbito do programa (BRASIL, 2013b).

Dessa forma, passou a ser expedido o Registro do Ministério da Saúde – RMS, que permitiu a atuação do profissional estrangeiro, estando apto a substituir o número de inscrição no CRM em notificações de receitas, prescrições e outras situações nas quais a legislação sanitária exigia a identificação do médico com o número de registro no órgão de classe (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE MINAS GERAIS, 2020).

O médico intercambista recebeu autorização, então, para desenvolver suas atividades profissionais somente no âmbito do programa, sendo obrigatório o acompanhamento por tutores e supervisores de forma contínua e permanente, e vedado o exercício de qualquer serviço médico através de contratos com a iniciativa pública ou particulares (CFM, 2014).

Em que pese a previsão da Lei Federal nº 12.871/13 de que o médico intercambista estaria sujeito à fiscalização do CRM, a ausência de inscrição nos Conselhos de Medicina impediu que as autarquias pudessem aplicar punições aos profissionais por faltas ou desvios éticos (BRASIL, 2013a).

Diante da constatação ou denúncias de eventual delito ético cometido por um médico participante do PMM, caberá ao CRM promover o procedimento investigatório em face do médico supervisor, que poderá ser punido caso comprovada falta ética na supervisão das atividades.

Embora não haja a possibilidade de punição pelo CRM, o médico intercambista que violar as disposições da Lei do Mais Médicos ou outras normas complementares poderá ser alvo de punição por parte da coordenação do PMM, que aplicará penalidades de advertência, suspensão, ou até mesmo desligamento do profissional, de acordo com a gravidade das transgressões praticadas.

Além das punições previstas pela Lei nº 12.871/2013 (BRASIL, 2013a), aquele profissional sem inscrição no Conselho Regional de Medicina que atuar fora do programa poderá incorrer na prática do crime de exercício ilegal da medicina, previsto no art. 282 do Código Penal (BRASIL, 1940), punido com detenção, de seis meses a dois anos, e multa caso a prática se dê com objetivo de lucro.

Destarte, a Lei do Mais Médicos inovou ao flexibilizar as regras que exigiam a revalidação de diploma e registro no CRM como pré-requisitos ao exercício da medicina em território brasileiro. No entanto, persiste a obrigatoriedade de observação das normas deontológicas, sob pena de responsabilização ética dos supervisores e de punição administrativa e responsabilidade criminal dos profissionais participantes do PMM.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Rio de Janeiro: Congresso Nacional, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 27 fev. 2022.

BRASIL. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. **Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências**. Rio de Janeiro: Congresso Nacional, 1957. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3268.htm. Acesso em: 27 fev. 2022.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.** Brasília: Congresso Nacional, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm. Acesso em: 27 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC nº 52/2013. Dispõe sobre a utilização do número de Registro Único, emitido pelo Ministério da Saúde, nos termos do parágrafo 3º do art. 16 da Lei nº 12.871/2013, para fins de cumprimento de normas sanitárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0052_14_11_2013.html. Acesso em: 27 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.072, de 27 de março de 2014. **Veda o trabalho, em hospitais, de médicos sem inscrição no CRM da respectiva circunscrição.** Brasília, DF. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2014/2072>. Acesso em: 27 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.216, de 27 de setembro de 2018. **Dispõe sobre as atividades, no Brasil, do cidadão estrangeiro e do cidadão brasileiro formados em medicina por faculdade no exterior.** Brasília, DF. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2216>. Acesso em: 20 mar. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2313, de 12 de abril de 2022. **Revoga a Resolução CFM nº 2.305/22 e altera a redação da Resolução CFM nº 2.216/18, excluindo a exigência de comprovação de proficiência na língua portuguesa como requisito para inscrição do profissional estrangeiro no Conselho Médico.** Brasília, DF. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2313>. Acesso em: 20 jun. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE MINAS GERAIS. **Parecer CRM-MG nº 199/2020.** Belo Horizonte: CRMMG, 16 out. 2020. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MG/2020/199>. Acesso em: 27 fev. 2022.

IOTTI, L. H. **MÉTIS: história & cultura**, Rio Grande do Sul, v. 17, n. 34, p. 295-298, jan./jun.2018. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/metis/article/viewFile/6949/3560>. Acesso em: 8 nov. 2019.

NOGUEIRA, P. T. A. *et al.* Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciência &**

Saúde Coletiva, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2889-2898, set. 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015219.17022016.

RUSSO, L. X. Effect of More Doctors (Mais Médicos) Program on geographic distribution of primary care physicians. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 1585-1594, abr. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021264.26932020.

SANTOS, J. B. F. *et al.* Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 25, n. 4, p. 1003-1016, dez. 2016. DOI: 10.1590/s0104-12902016163364.

SANTOS, M. L. M. D. *et al.* O que pode uma política? Problematizando a implementação do Programa Mais Médicos a partir da experiência de uma cidade brasileira. **Interface**, Botucatu, v. 23, ago. 26 2019. DOI: 10.1590/Interface.190052

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2020**. SP: FMUSP, CFM, São Paulo, 2020. 312 p. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/351496605_Demografia_Medica_no_Brasil_2020. Acesso em: 28 jun. 2021.

SCHWARTSMANN, L. B. **Médicos italianos no Sul do Brasil (1892-1938)**. Porto Alegre: Edipucrs, 2017. 388 p.

SILVA, T. R. B. *et al.* Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2861-2869, set. 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015219.18022016.

TELLES, H. S.; SILVA, A. L. A.; BASTOS, C. A. V. Programa Mais Médicos do Brasil: a centralidade da relação médico-usuário para a satisfação com o programa. **Caderno CRH**, [S. l.], v. 32, n. 85, p. 101, 7 jun. 2019. DOI: 10.9771/ccrh.v32i85.23470.

Adolescência e sigilo médico

Esther Alves Régis dos Santos⁵⁴

Jéssica dos Santos Cabral Melo⁵⁵

Sigilo profissional é a manutenção da confidencialidade das informações do cliente, fornecidas pelo mesmo profissional, sendo dessa forma um direito de quem recebe um serviço e um dever daquele que o presta. Juridicamente falando, esse direito-dever é assegurado pela Constituição Federal brasileira (1998, artigo 5º, incisos X e XIV), a qual estabelece que “X – são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação” e “XIV – é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional”.

No que tange à atuação médica, o termo “sigilo da fonte” se aplica às informações conhecidas através do ato médico e/ou registros, principalmente o prontuário, o qual é um documento médico sigiloso, privado e confidencial (RODRIGUES; BENTES, 2019). O sigilo médico, por vezes chamado de “segredo médico”, é um princípio essencial na relação médico-paciente e foi estabelecido por volta do século IV a.C. no juramento hipocrático. Segundo Askitopoulou e Vgontzas (2018), não obstante sua origem remota, esse pilar não foi veementemente praticado na Antiguidade. Na Grécia Antiga, o histórico médico com a identificação dos pacientes era exposto nas entradas de santuários a fim de evidenciar o êxito dos tratamentos. Desde então, o avanço da medicina trouxe consigo a necessidade de solidificar esse e outros princípios éticos e legais,

54 Graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

55 Advogada OAB/SE 9929. Graduada pelo Centro Universitário Estácio de Sá – Aracaju-SE. Pós-graduanda em Direito Previdenciário (2021).

além de abranger as particularidades contidas na nuance que constitui a relação médico-paciente, dentre as quais se destaca o sigilo médico na assistência médica ao adolescente.

Regressando ao contexto brasileiro, o novo Código de Ética Médica – CEM, Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM nº 2.217, modificada pelas Resoluções nº 2.222/2018 e nº 2.226/2019, dedica um de seus capítulos (IX) ao sigilo médico. Conforme o artigo 74, é vedado ao médico “revelar sigilo profissional relacionado a paciente criança ou adolescente, desde que estes tenham capacidade de discernimento, inclusive a seus pais ou representantes legais, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente”. O médico é responsabilizado também pelo sigilo violado por seus auxiliares e alunos: “Art. 78º - deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido”. Diante disso, é importante discutirmos os limites da confidencialidade na assistência à saúde dos adolescentes.

De acordo com o artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069, de julho de 1990), compreende-se por adolescente a pessoa com idade a partir de 12 anos completos até seus 18 anos (BRASIL, 1990). O Código Civil (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002) define maioridade e imputabilidade aos 18 anos. O Ministério da Saúde, no entanto, adota a definição da Organização Mundial da Saúde – OMS: período entre 10 e 19 anos completos (BRASIL, 2010, p. 46 *apud* BRASIL, 2017, p. 16).

Segundo Maslyanskaya e Alderman (2018), o estabelecimento de uma relação de confiança do médico com o paciente adolescente por meio da garantia do sigilo profissional aumenta a adesão dele ao tratamento, principalmente no que diz respeito a métodos contraceptivos prescritos, auxilia no rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis – ISTs e de uso de drogas ilícitas. Além disso, a autonomia e as habilidades de tomada de decisão são um marco importante no desenvolvimento do adolescente, sendo a proteção da confidencialidade essencial nesse processo. Nesse sentido, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019) orienta no manual “Consulta do Adolescente: Abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra” que a postura do médico, em especial o pediatra assistente, seja em consulta de rotina ou

de emergência, deve ser de cordialidade e incentivo à proatividade do paciente, isenta de julgamentos de valores, de forma a estabelecer uma relação de confiança.

Desde a primeira consulta, é de suma importância pontuar o direito ao sigilo, à confiabilidade e à privacidade do adolescente, sem, no entanto, deixar de alertar – tanto para o cliente quanto para seus responsáveis – que esse direito está sujeito a alguns limites por questões éticas. O paciente precisa ser informado de que nada será discutido/comunicado aos seus responsáveis sem o seu consentimento (REHME *et al.*, 2020). Quando a quebra do sigilo é justificada, orienta-se que o profissional esclareça ao paciente a importância de compartilhar a situação antes do repasse da informação. Segredos íntimos próprios da adolescência, contudo, não poderão ser quebrados, exceto se implicarem riscos à saúde ou à integridade de vida do cliente ou de terceiros. Diante disso, namoro, iniciação sexual (sem violência por sedução ou imposição explícita), experimentação de psicoativos (sem dependência), orientação sexual, conflitos com identidade de gênero, contracepção e ISTs (excluída a hipótese de abuso sexual) são situações íntimas que devem ser mantidas em sigilo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019).

Por outro lado, condições como quaisquer tipos de violência, seja de ordem física, emocional, sexual ou verbal; uso crescente de álcool e/ou outras drogas; sinais de dependência química; automutilação; ideação suicida ou de fuga de casa; gravidez com ou sem intuito de interrupção; sorologia positiva de HIV (a testagem, por outro lado, pode ser feita sem consentimento dos responsáveis legais) (SALVADORI; HAHN, 2019); não adesão a tratamento de doenças de risco; distúrbios psíquicos graves e déficit intelectual relevante justificam a violação da confidencialidade, havendo em alguns casos, inclusive, obrigatoriedade, como veremos adiante. Ter o conhecimento dessas particularidades à luz do Código Penal brasileiro (BRASIL, 1940) e não só do CEM é imprescindível, visto que a violação do sigilo profissional sem justa causa constitui-se crime, com pena de detenção de três meses a um ano ou multa (art. 154, Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940).

Pautando-se no princípio da proteção à adolescente, assegurado no artigo 3º da Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996), toda adolescente sexualmente ativa, mesmo as menores

de 14 anos, tem direito de receber a prescrição de contraceptivo, com sigilo preservado. Em casos de procedimentos de maior complexidade, como inserção de DIU, implantes ou outros procedimentos invasivos, recomenda-se o encorajamento à adolescente para que os responsáveis legais participem da tomada de decisão, embora não haja um posicionamento formal do CFM sobre esse tipo de situação em específico (REHME *et al.*, 2020). A prática de conjunção carnal ou ato libidinoso com menores de 14 anos de idade é definida pelo artigo 217-A da Lei nº 12.015/2009 como estupro de vulnerável, mesmo se a relação for consentida. Perante relato, suspeita ou constatação desse crime, a notificação ao Conselho Tutelar é obrigatória, sujeito a multa de 3 a 20 salários de referência (arts. 13 e 245, ECA, Lei nº 8.069/90); o mesmo se aplica a outras modalidades de violência, como os maus-tratos.

Além disso, a omissão do médico pode caracterizar contravenção penal (art. 66, Decreto-Lei nº 3.688/41), podendo haver imputação por conduta lesiva por omissão (art. 29, Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940). Há quem questione, porém, o benefício da quebra de sigilo em casos de relação sexual com menor de 14 anos com consentimento do adolescente e dos pais/responsáveis. Argumenta-se que as interpretações jurídicas neste caso podem ferir a relação médico-paciente e resultar em evasão dos adolescentes do seguimento e consequente exposição ao risco de IST e/ou gravidez pela interrupção do acompanhamento médico. Esse é um dilema complexo, com muitas variáveis, sem consenso, cabendo ainda amplas discussões que levem em consideração a proteção integral aos adolescentes, as peculiaridades do seu desenvolvimento e os aspectos éticos e legais (CABRAL, 2020).

Objetivando a manutenção da confidencialidade na consulta, a SBP recomenda que a anamnese seja feita em três etapas: a primeira com os familiares e o adolescente presentes; a segunda a sós com o paciente; e a terceira apenas com os pais/responsáveis. A segunda etapa pode não ser executada caso o paciente tenha déficit intelectual que o impossibilite de responder às perguntas, distúrbios psiquiátricos graves ou por desejo dele de se manter acompanhado. Já a terceira etapa seria importante em casos de conflitos evidentes ou violência familiar e para orientações sobre o plano diagnóstico e terapêutico, com consentimento esclarecido do paciente (SBP, 2019).

Por fim, vale reforçar que o paciente na fase de transição entre a infância e a vida adulta deve ser visto como um ser com direito à autonomia e dignidade e que busca encontrar na relação com o médico um ambiente seguro e imparcial. O paciente adolescente precisa ser assegurado de que apenas informações potencialmente danosas a ele mesmo ou a outrem serão comunicadas aos seus responsáveis legais, sendo informado quando a confidencialidade precisar ser violada.

Comentário da especialista⁵⁵

O sigilo médico quando se trata de adolescentes é um tema bastante controverso, levando profissionais da Medicina e do Direito a discutirem, respectivamente, a rotina daqueles que lidam com a proteção de seus pacientes e o sigilo que lhes deve, além dos desafios jurídicos encontrados pelos juristas ao ponderar sobre valores que são, em verdade, irrenunciáveis.

Nessa senda, Direito e Medicina se misturam e tratam de temas como: maus-tratos e sexualidade. No que se refere a sexualidade, situações de abuso, vida sexual prematura e assuntos decorrentes, a exemplo do aborto, se geram paradoxos diariamente. Para o profissional da área médica, vale lembrar que, no que diz respeito ao sigilo, existem situações em que a própria lei o dispensa, tornando ainda sua quebra um dever nos casos que envolvem exploração sexual, maus-tratos e abusos.

Causa de muito confronto com a ética médica é o elencado na Lei nº 12.015/2009, em seu artigo 217-A, que assim dispõe: “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos, em contanto consensual ou não, gera pena de reclusão, de 8 a 15 anos”.

Ocorre que essa lei obriga o médico a notificar o órgão público sobre esses casos, o que violaria o sigilo médico; isso porque, muitas vezes, o próprio adolescente não quer se expor, seja para não levar uma situação pessoal ao Judiciário, seja por medo do suposto agressor e ainda para não ter de reviver um sofrimento e trauma que carregará por toda a sua vida.

Em verdade, ponderar o direito de silêncio do médico, a liberdade de escolha do paciente e essa “obrigação” imposta pela legislação de ter de fazer essa comunicação é uma tarefa árdua, especialmente porque

depende sob qual ótica estão sendo analisados, se partindo da premissa médica ou jurídica. Eu, enquanto operadora do Direito, levaria em consideração primeiro a liberdade do paciente por tudo o que já foi aqui exposto; após, o dever médico de guardar o sigilo a fim de proteger esse paciente de qualquer tipo de exposição; e, por fim, teria que o próprio Direito inovar nesse aspecto e adequar a norma a situações que de fato ocorrem. Excluir-se-iam do rol das obrigações as situações que de fato a vítima assim desejasse, mesmo porque na prática sabemos que não existe nenhuma garantia legal de que esse adolescente, após essa denúncia, não conviverá com o agressor sob o mesmo teto, pois na maioria das vezes se trata de um pai, padrasto e muitas vezes acobertado pela própria genitora.

Nesse viés, essa intervenção estatal demasiada, em situações tão pessoais e delicadas, ocasiona muitas vezes situações ainda piores, o que fere o elencado no Estatuto da Criança e do Adolescente no que tange à sua moralidade, bem como à sua liberdade, que, inclusive, é constitucionalmente garantida.

Vejamos o que diz o Estatuto da Criança e do Adolescente in literis:

[...] Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Art. 3. A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990, grifo nosso).

Nesse ínterim, muito mais polêmicas são as situações que envolvem a gravidez decorrente de estupro. Aqui não é diferente, mais uma vez a adolescente terá sua liberdade, moral e dignidade cerceadas, pois o procedimento adotado para interrupção da gravidez por estupro é muito complexo, indo além do médico que presta o atendimento. Em suma, é um processo composto por quatro fases procedimentais. Inicia-se com Relato Circunstanciado assinado por dois profissionais de saúde do serviço e pela gestante ou seu representante legal; seguem-se o parecer técnico do médico responsável e o Termo de Aprovação de Procedimento de

Interrupção da Gravidez assinado por profissionais da equipe de saúde multiprofissional; e a assinatura dos Termos de Responsabilidade e de Consentimento Livre e Esclarecido pela paciente ou por seu responsável (BRASIL, 2020).

Dessa forma, compreende-se que, embora entendamos o fato de o Estado não poder se abster do seu dever de punir e proteger, essa forma “burocrática e intervencionista” torna-se um desrespeito aos profissionais da área médica, que possuem um contato primário com a situação e que, de acordo com o caso concreto, poderiam fazer essa “triagem” daquilo que de fato necessitaria da intervenção jurídica e das situações nas quais a equipe médica acolheria esse adolescente, adotando outras medidas e preservando o sigilo. Assim, o processo se tornaria mais eficaz e seguro na prática, pois não se lidaria com as situações de forma generalizada, mas individualizada.

REFERÊNCIAS

ASKITOPOULOU, H.; VGONTZAS, A. The relevance of the Hippocratic Oath to the ethical and moral values of contemporary medicine. Part I: The Hippocratic Oath from antiquity to modern times. **Eur Spine J**, v. 27, n. 7, p. 1481-1490, 2018. DOI: 10.1007/s00586-017-5348-4

BRASIL. Decreto-Lei nº 2848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del-2848compilado.htm. Acesso em: 26 jun. 2021.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941. **Lei das contravenções penais**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del3688.htm. Acesso em: 26 jun. 2021

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Presidente da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 jun. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 27 jun. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996. **Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 26 jun. 2021.

BRASIL. Lei nº 10406, de 10 de janeiro de 2002. **Código Civil**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. **Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1o de julho de 1954, que trata de corrupção de menores**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm. Acesso em: 27 jun. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020. **Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>. Acesso em: 17 jul. 2021.

CABRAL, Z. **A consulta ginecológica da adolescente**. *Femina*, v. 48, n. 2, p. 72-73, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MASLYANSKAYA, S.; ALDERMAN, M. Confidentiality and Consent in the Care of the Adolescent Patient. **Pediatr Rev**, v. 40, n. 10, p. 508-516, 2019. DOI: 10.1542/pir.2018-0040.

REHME, M. *et al.* Recomendações para o atendimento de adolescentes menores de 14 anos sob a ótica da lei. **Femina**, v. 48, n. 2, p. 70-81, 2020.

RODRIGUES, F.; BENTES, S. Conflito entre o sigilo e o acesso à informação: o caso dos prontuários médicos na jurisprudência do superior tribunal de justiça. **Revista Vertentes do Direito**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 108-128, 10 jun. 2019. Universidade Federal do Tocantins. DOI: 10.20873/uft.2359-0106.2019.

SALVADORI, M.; HAHN, G. Confidencialidade médica no cuidado ao paciente com HIV/AIDS. **Revista Bioética**, Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 27, n. 1, 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019271298

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Adolescência. **Manual de Orientação. Consulta do adolescente**: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. nº 10, janeiro de 2019.

Sigilo médico e a relação médico-paciente

Layla Raíssa Dantas Souza⁵⁶

Nathalie Oliveira de Santana⁵⁷

Sabe-se que no exercício da medicina é imprescindível a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados. O profissional médico deve manter em segredo o que lhe é relatado pelo paciente e/ou familiares, ou descoberto durante o acompanhamento do caso, a fim de garantir uma relação saudável entre ambos, sendo o médico considerado o fiel depositário das informações (LIMA *et al.*, 2020).

O sigilo médico sempre foi considerado uma característica moral obrigatória da profissão médica e um pilar da relação médico-paciente, estando direcionado às necessidades e aos direitos dos cidadãos à intimidade, passando a ser entendido como confidencialidade (LOCH, 2003; YAMAKI *et al.*, 2014).

A relação médico-paciente é considerada uma associação entre a prática da saúde e os cuidados com as relações entre profissionais, pacientes e familiares (ALVES; LIMA, 2017; CUNHA *et al.*, 2018). É indubitável a importância da linguagem e da comunicação na saúde, pois a partir delas se conseguem a aprovação e a confiança do paciente, permitindo o desenvolvimento de uma relação empática entre médico e paciente, contribuindo para o sucesso do tratamento. Logo, a relação médico-paciente é constituída, de forma simplificada, por um diálogo marcado pela exploração de sinais, sintomas, além de explorar características psicossociais, culturais e familiares dos pacientes (CUNHA *et al.*, 2018).

56 Graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

57 Médica pela Universidade Federal de Sergipe – UFS. Residências em Clínica Médica pela Universidade Federal de São Paulo e em Endocrinologia pela Universidade de São Paulo – USP. Especialista em Endocrinologia e Metabologia pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Doutora em Ciências pela USP. Titular do Departamento de Medicina da UFS.

Na relação médico-paciente, são fundamentais os princípios de privacidade, confidencialidade e comunicação empática, uma vez que o paciente precisa fornecer ao médico informações íntimas e verdadeiras, esperando-se deste um compromisso com o sigilo quanto ao conteúdo abordado, ou seja, a garantia do sigilo médico é um ponto-chave para a veracidade da narrativa (YAMAKI *et al.*, 2014; BONAMIGO; BOMBARDA; FOIATTO, 2015). Esses princípios estão vinculados não só a uma obrigação de discrição profissional, mas também a direitos individuais e de autodeterminação do indivíduo enfermo. Logo, o segredo médico é considerado um direito-dever, pois, sendo um direito do paciente, gera uma obrigação específica nos profissionais da saúde (LOCH, 2003).

Os primeiros relatos de princípios éticos inerentes à profissão médica são atribuídos a Hipócrates quatro séculos antes da era cristã (YAMAKI *et al.*, 2014; BONAMIGO; BOMBARDA; FOIATTO, 2015; SCARTON, 2015; LIMA *et al.*, 2020). O juramento de Hipócrates continua sendo referência para o direcionamento de condutas médicas, pontuando a discrição como meio de proteger os pacientes e suas confissões, contendo preceitos éticos fundamentais à prática da medicina, como filantropia, não maleficência, justiça e confidencialidade (SANTOS; SANTOS; SANTOS, 2012; YAMAKI *et al.*, 2014; BONAMIGO; BOMBARDA; FOIATTO, 2015; LIMA *et al.*, 2020).

O conceito de sigilo e sua aplicação sofreram algumas alterações ao longo do tempo, visto que, a partir do século XIX, passaram a se constituir também como um dever jurídico do profissional médico, sendo estendidos e ampliados para além do âmbito da ética (BONAMIGO; BOMBARDA; FOIATTO, 2015). A partir do século XX, o segredo médico foi se inserindo em uma série de constituições e códigos deontológicos, civis e penais, dado o melhor esclarecimento do direito de todos à intimidade, além da necessidade de normas que contribuíssem para a solução dos dilemas e problemas envolvendo o sigilo na prática profissional (LEITE, 2012; BONAMIGO; BOMBARDA; FOIATTO, 2015).

Dessa forma, o sigilo médico tem respaldo em diversos documentos que normatizam a conduta médica, especialmente o Código de Ética Médica – CEM, o qual foi atualizado recentemente no que tange a inovações tecnológicas, comunicacionais e sociais, sem, contudo, sofrer grandes alterações no Capítulo IX, que trata do sigilo profissional. O sigilo

também é reafirmado na Constituição Federal brasileira, no Código de Processo Penal, no Código de Processo Civil e no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (LIMA *et al.*, 2020). Além disso, em 2020, entrou em vigor a Lei nº 13.931/2018, conhecida como Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, a qual regulamenta o tratamento de dados pessoais e tem como objetivo garantir a proteção e segurança deles, sendo aplicada em estabelecimentos de saúde, como hospitais, clínicas médicas, farmácias, entre outros (CURTOLO, 2021).

O sigilo médico abrange tudo o que chega ao conhecimento do médico no exercício de sua profissão, desde as confidências relatadas ao profissional até as descobertas feitas pelo médico, mesmo quando o paciente não tem o intuito de informar (SCARTON, 2015; WESTPHAL *et al.*, 2016). Assim, visto que o sigilo profissional engloba aspectos sociais, psíquicos, emocionais e culturais dos pacientes, é de extrema importância que a relação com o médico seja baseada na confiança. Para encontrar o melhor tratamento, o médico acaba tomando conhecimento de situações e circunstâncias da vida de seu paciente, as quais, se forem expostas, podem ocasionar constrangimentos, repercussões negativas ou mesmo consequências graves para a vida pessoal e profissional do paciente, cabendo somente a ele, então, decidir quais dados devem ter sua exposição, pois o principal envolvido é quem sofrerá as reais consequências da publicidade de determinadas informações (WESTPHAL *et al.*, 2016).

Além disso, o dever de manutenção do sigilo médico resulta da necessidade de o paciente confiar, irrestritamente, no profissional, sendo estabelecida uma relação médico-paciente satisfatória, importante para que o tratamento transcorra da melhor forma possível, com a menor possibilidade de erros e iatrogenias (YAMAKI *et al.*, 2014).

Atualmente, o dever de sigilo é tanto de âmbito legal quanto ético. O art. 154 do Código Penal traz como pena detenção de três meses a um ano ou multa para o ato de “Revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem” (BRASIL, 1940; WESTPHAL *et al.*, 2016).

O médico tem o dever legal e ético de garantir a confidencialidade em qualquer situação e, conforme os artigos 73 a 79 do Capítulo IX do

CFM (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019), é vedado ao médico revelar algum fato de que tenha conhecimento pelo exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento por escrito do paciente; revelar sigilo profissional relacionado a paciente criança ou adolescente, desde que estes tenham capacidade de discernimento, inclusive a seus pais ou representantes legais, exceto quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente. Além disso, também é vedado fazer referência a casos clínicos identificáveis e exibir pacientes ou imagens que os tornem reconhecíveis, mesmo com autorização do paciente; revelar informações confidenciais obtidas em exame médico de trabalhadores, a não ser que o silêncio ponha em risco a saúde dos empregados ou da comunidade. Ainda, não é permitido que o médico preste informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte de um paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por consentimento expresso do seu representante legal. Ademais, é vedado ao médico não orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional, assim como deixar de guardar o sigilo na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial. Caso essas normas sejam descumpridas, o profissional fica sujeito a sanções administrativas e jurídicas do Conselho Regional de Medicina e do Código Civil e/ou Penal (LIMA *et al.*, 2020).

O sigilo médico também se aplica ao prontuário, pois este possui informações pessoais referentes aos cuidados médicos e serviços prestados ao paciente. O Código de Ética Médica aponta isso no seu artigo 85, vedando ao médico “permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade” (BONAMIGO; BOMBARDA; FOIATTO, 2015; CFM, 2019). As informações sobre o diagnóstico devem ser priorizadas ao paciente, exceto se ele não o desejar, devido à dignidade e autodeterminação da pessoa e à privacidade das informações; ou se a comunicação direta puder lhe provocar algum dano (CFM, 2019; LIMA *et al.*, 2020). Caso seja consentido pelo paciente, os acompanhantes serão informados do diagnóstico, e esse processo necessita ser registrado no prontuário. Se o paciente for incapaz, cabe a seu responsável legal autorizar a divulgação de informações confidenciais a outrem (LIMA *et al.*, 2020).

Entretanto, em algumas circunstâncias, há necessidade de quebra dessa confidencialidade, principalmente quando possa ocorrer dano ou morte do paciente – em tal situação, o paciente deve ser anteriormente informado sobre os motivos dessa atitude (SANTOS *et al.*, 2012; YAMAKI *et al.*, 2014; CFM, 2019). O dever legal também se encaixa nas situações de quebra de sigilo médico pela necessidade, por exemplo, de notificação de doença compulsória; de comunicação de crime de ação pública, especialmente os ocasionados por arma de fogo ou arma branca; e de episódios comprovados ou suspeitos de maus-tratos contra crianças e adolescentes (BONAMIGO; BOMBARDA; FOIATTO, 2015; WESTPHAL *et al.*, 2016).

É importante citar que a falta de respeito à autonomia e privacidade do paciente continua sendo motivo de muitos processos judiciais. Segundo o Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo, foram registrados 379 processos éticos por quebra de sigilo no estado entre 2012 e 2016, mas sem nenhuma cassação de registro profissional (LIMA *et al.*, 2020). Por isso, é importante que as escolas médicas, como instituições formadoras, ensinem os preceitos éticos e bioéticos já desde o início do curso até o fim da graduação. Ressalta-se que essa tarefa deve envolver todo o corpo docente e não somente os professores de Ética Médica, pois é interessante que todos trabalhem o conteúdo específico de sua disciplina, de maneira a contemplar debates, percepções e discussões em torno de orientações, preceitos e princípios éticos pertinentes à formação profissional (YAMAKI *et al.*, 2014; LIMA *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, percebe-se que a relação médico-paciente compreende confiança, responsabilidade, empatia, vínculos afetivos e habilidades do profissional de saúde em se adaptar às particularidades de cada paciente e atingir o sucesso do tratamento (RABELO; GARCIA, 2015; CUNHA *et al.*, 2018). A não transgressão do sigilo profissional garante a liberdade do indivíduo, sua privacidade e o exercício de sua vontade, preservando os interesses pessoais e coletivos. É imprescindível que o médico tenha conhecimento das aplicações legais e éticas a que sua conduta está submetida, uma vez que o sigilo médico é de caráter relativo em respeito ao bem comum, e sua aplicação ocorre em prol do paciente (BONAMIGO; BOMBARDA; FOIATTO, 2015).

Comentário da especialista⁵⁷

A confiança é um dos principais pilares da relação entre médico e paciente. Ao confiar no profissional, o paciente fornece informações acuradas e segue as recomendações terapêuticas com maior afinco. Respeito ao sigilo e confiabilidade são indissociáveis. Como médicos, o respeito ao sigilo representa não só um aspecto moral, mas também um dever ético e legal que deve ser observado constantemente.

A qualidade das informações obtidas e da nossa relação com os pacientes depende basicamente das nossas habilidades de comunicação. Portanto, a fim de criar um ambiente confiável e seguro, devemos abordar tópicos sensíveis de forma respeitosa e digna, deixando claro ao paciente que temas potencialmente constrangedores são confidenciais. Para tanto, o profissional precisa estar atento aos próprios preconceitos e vieses inconscientes que possam prejudicar essa comunicação, além de explicar, caso seja necessário, como tais informações podem ajudar no raciocínio diagnóstico e terapêutico.

Os cenários de atendimento médico são diversos: ambulatório acadêmico, atenção básica, consultório privado, pronto-socorro, enfermaria, UTI, centro cirúrgico, entre outros. Cada local tem suas especificidades quanto à dinâmica da comunicação e aos dados relevantes a serem coletados, mas em todos os cenários devemos prezar pela relação respeitosa, reconhecendo a vulnerabilidade do paciente que divide sua intimidade em busca de orientações adequadas ao seu quadro.

Por fim, o sigilo médico deve ser discutido e vivenciado desde a graduação, mas se faz necessária uma constante atualização durante a prática médica, visto que a digitalização dos atendimentos e da vida cotidiana traz novos desafios, como o uso de redes sociais e a aplicação da LGPD.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. L. P.; LIMA, D. D. Percepção e Enfrentamento do Psicossomático na Relação Médico-Paciente. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 3, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-3772e323225>.

BONAMIGO, E. L.; BOMBARDA, G. B.; FOIATTO, W. M. Sigilo profissional médico: aspectos éticos e legais. **Anais de Medicina**, 2015. Disponível em: <https://>

periodicos.unoesc.edu.br/anaisdemedicina/article/view/9063. Acesso em: 23 jan. 2022.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 22 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 23 jan. 2022.

CUNHA, S. I. R. *et al.* Relação médico-paciente: processo de aprendizagem e questões bioéticas. **REINPEC**, v. 4, n. 1, p. 124-132, 2018. DOI: 10.20951/2446-6778/v4n1a15.

CURTOLO, F. **Considerações jurídicas sobre a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)**. Associação Paulista de Medicina, 2021. Disponível em: <https://www.associacaopaulistamedicina.org.br/index.php?/noticia/consideracoes-juridicas-sobre-a-lei-geral-de-protecao-de-dados-lgpd>. Acesso em: 11 jan. 2022.

LEITE, F. B. C. A relativização do sigilo profissional médico. **Cadernos de iniciação científica**, Curitiba, 2012. Disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/95155/2013_leite_flavia_relativizacao_sigilo.pdf?s. Acesso em: 23 jan. 2022.

LIMA, S. M. F. S. *et al.* Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre sigilo médico. **Revista Bioética** [online], v. 28, n. 1, p. 98-110, 2020. DOI: 10.1590/1983-80422020281372.

LOCH, J. A. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. **Revista Bioética**, v. 11, n. 1, 2003. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/149/153. Acesso em: 23 jan. 2022.

RABELO, L.; GARCIA, V. L. Role-Play para o Desenvolvimento de Habilidades de Comunicação e Relacionais. **Revista brasileira de educação médica**, v. 39, n. 4, p. 586-596, 2015. DOI: 10.1590/1981-52712015v39n4e01052014.

SANTOS, M. F. O. *et al.* Limites do segredo médico: uma questão ética. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 10, n. 2, p. 91-101, 2012. DOI: 10.17695/revnevol10n2p91 - 101.

SANTOS, M. F. O.; SANTOS, T. E. O.; SANTOS, A. L. O. A confidencialidade médica na relação com o paciente adolescente: uma visão teórica. **Revista Bioética**, v. 20, n. 2, p. 318-325, 2012. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/625/782. Acesso em: 20 jan. 2022.

SÃO PAULO. Lei nº 19.931/2018, de agosto de 2020. **Considerações jurídicas sobre a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)**. São Paulo: Associação

Paulista de Medicina, 2021. Disponível em: <http://associacaopaulistamedicina.org.br/noticia/consideracoes-juridicas-sobre-a-lei-geral-de-protecao-de-dados-lgpd>. Acesso em: 10 jan. 2022.

SCARTON, R. R. Violação do segredo profissional dos médicos: aspectos jurídicos e éticos. **Revista da SORBI**, v. 3, n. 2, 2015. DOI: 10.18308/2318.9983.2015.2.49.

WESTPHAL, G. *et al.* Sigilo médico: o desafio da imparcialidade perante questões éticas. **Anais de Medicina**, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/anaisdemedicina/article/view/12034>. Acesso em: 21 jan. 2022.

YAMAKI, V. N. *et al.* Sigilo e confidencialidade na relação médico-paciente: conhecimento e opinião ética do estudante de medicina. **Revista Bioética**, v. 22, n. 1, p. 176-181, 2014. DOI: 10.1590/S1983-80422014000100020.

A importância da habilidade de comunicação do médico com pacientes surdos

Lúcia Yasmim Santos Feitosa⁵⁸

Thauany Santos Barreto⁵⁹

Marcela Carvalho⁶⁰

No Brasil, 23,9% da população é portadora de deficiência (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), o que chega a corresponder a cerca de 45 milhões de pessoas. Apesar de o número ser expressivo, a sociedade não está apta e adaptada para receber de forma correta todos os portadores de deficiência, incluindo-se o serviço de saúde. Em termos de Constituição Federal, o artigo 6º (BRASIL, 1988) assegura o direito à igualdade, à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer e todos os outros direitos que um cidadão comum tem, além da eliminação das barreiras arquitetônicas com garantia de acessibilidade. Entretanto, os desafios enfrentados por essa parcela da população se manifestam na forma de preconceitos estigmatizados, estereótipos e dificuldades de acesso aos seus direitos, como a saúde (SILVA, 2018).

A comunicação é uma ferramenta imprescindível para estabelecer qualquer vínculo entre os indivíduos, seja ela verbal ou não verbal. O ser humano precisa se comunicar claramente a todo instante para que haja compreensão na mensagem transmitida entre emissor e receptor. Entretanto, existem grupos que possuem dificuldade de serem integrados ao meio social, como os deficientes auditivos, pois se encontram na situação inversa: eles tentam se adequar à comunicação predominantemente

58 Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

59 Graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

60 Médica pela Uncisal, patologista pela ISCMSP e atua no SAMU-SE.

verbal quando na verdade a sociedade deveria se adaptar às necessidades e limitações dessas pessoas. No entanto, essa parcela da sociedade não pode se tornar invisível, e, para amenizar as dificuldades encontradas por esse grupo, no país foi sancionada a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002 (BRASIL, 2002), que reconhece legalmente a Língua Brasileira de Sinais – Libras como principal forma de comunicação e expressão da comunidade de pessoas surdas. Essa forma de interação é guiada através de movimentos gesticulares e expressões faciais que ajudam na transmissão de ideias e fatos. Apesar disso, deve-se levar em conta que nem todos os surdos utilizam essa língua de sinais devido ao contexto social em que estão inseridos, levando-se em conta aspectos como cultura, educação escolar e nível da perda auditiva do indivíduo, além de a lei ainda ser aplicada de forma parcial, mesmo legitimada (ARAÚJO *et al.*, 2019; PAZ *et al.*, 2020).

Na área da saúde, é essencial que os indivíduos tenham acesso de forma igualitária aos recursos disponíveis de acordo com as suas necessidades, podendo ou não gerar uma flexibilidade dos profissionais para se adaptarem a essas situações. No caso dos surdos, e destacando a área médica, é notória a necessidade de uma ótima relação médico-paciente. Por meio dessa situação, em 22 de dezembro de 2005 ocorreu o Decreto nº 5.626 (BRASIL, 2005), que regulamentou a Lei nº 10.436/02, Lei da Libras, com o objetivo de ampliar a atuação do SUS, a inclusão da Libras nos cursos superiores e a formação de tradutores e intérpretes de Libras. Nesses termos, a Resolução nº 3 de junho de 2014 regulamenta a lei das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014). Porém, mesmo com essas aprovações, ainda existe falha na comunicação entre os profissionais da saúde e os surdos. Isso porque instituir a presença de um intérprete e até mesmo acompanhantes, medida mais comum e utilizada, é inviável principalmente nos casos mais básicos como na atenção primária por quebrar o direito do sigilo profissional. Além disso, o contato dos estudantes de Medicina com a Libras, cursando a matéria como eletiva, ainda deixa permanecer a carência de uma relação médico-paciente mais afetiva e eficiente, que respeite todos os direitos dos pacientes. Dessa forma, entende-se que seria mais adequado tornar a disciplina obrigatória na grade curricular para obter uma assistência

mais humanizada (PIRES; ALMEIDA, 2016; DIAS *et al.*, 2017; GOMES *et al.*, 2017).

Sendo a Libras o principal meio de comunicação, fez-se necessário avaliar a habilidade dos estudantes de Medicina em usar essa linguagem para estabelecer um diálogo com pessoas surdas ou deficientes auditivas. Com esse intuito, estudantes do décimo período de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais realizaram uma análise do conhecimento linguístico dos graduandos em Medicina, buscando identificar deficiências comunicacionais na preparação desses acadêmicos e quais eram as suas impressões sobre o tema. Observou-se que a maioria dos estudantes de Medicina prestes a se formar não sabe nada sobre Libras e que poucos possuem alguma habilidade de se comunicar na língua (DIAS *et al.*, 2017).

Nota-se a necessidade da existência de uma comunicação mais eficaz, uma vez que é o meio usado pelos médicos no diagnóstico de doenças e no estreitamento da relação médico-paciente. Contudo, a única forma para que ocorra uma comunicação eficiente entre o médico e o paciente é uma adaptação por parte do profissional de saúde (DIAS *et al.*, 2017). Para esse fim, em 2006, o Ministério Público lançou um manual intitulado “A Pessoa com Deficiência e o Sistema Único de Saúde”, que visava instruir profissionais da saúde e propor a inclusão de pacientes com deficiência de forma abrangente (BRASIL, 2006).

Durante um estudo, do qual 11 surdos participaram, foi concluído que o surdo tem dificuldade de compreender o médico, uma vez que este, geralmente, fala muito rápido e faz uso de termos técnicos, dificultando a leitura labial realizada pelos deficientes auditivos. Ainda há o déficit na parte escrita, já que os surdos não são alfabetizados ou têm baixo nível de instrução, e acabam não conseguindo ler. A recíproca também é verdadeira, ou seja, o médico tem problemas para se comunicar com o surdo, uma vez que a grande maioria dos profissionais não sabe Libras e interage apenas pela oralização. Dessa forma, a entrevista médica fica bastante comprometida, e isso faz com que o deficiente auditivo se sinta excluído, adiando e evitando comparecer em consultas, o que põe em risco a sua saúde (VIEIRA; CANIATO; YONEMOTU, 2017).

Todavia, mesmo com todo o avanço na inclusão de pessoas com deficiência auditiva na sociedade brasileira, ainda existe uma dificuldade

na comunicação médico-paciente. Um exemplo disso é um estudo sobre a dificuldade no atendimento de pessoas surdas, publicado na *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, que entrevistou surdos de Belo Horizonte acima de 18 anos, alfabetizados, que se comunicavam através da Libras e que foram recentemente a uma consulta médica. Esse estudo apontou que 56,2% tiveram o auxílio do acompanhante para se comunicar, 68,8% não compreenderam nada ou quase nada do diagnóstico e dos procedimentos feitos, 37,5% não entenderam nada ou quase nada do tratamento e das recomendações sugeridas, evidenciando a necessidade da capacitação em Libras para os profissionais da saúde (ARAÚJO *et al.*, 2019).

Comentário do especialista⁶⁰

A missão assumida ao se tornar médico deve agregar todo e qualquer tipo de paciente, independentemente de quais sejam as suas fragilidades e vulnerabilidades. Cabe a nós, então, nos ajustarmos diante das dificuldades dos pacientes, e das nossas também, e manter uma comunicação adequada para que o seu tratamento seja eficiente, superando carências sociais, deficiências físicas, motoras ou cognitivas.

Na minha vivência profissional, tenho alguns pacientes portadores de deficiência auditiva, sendo que a maioria deles não apresenta deficiência completa. O ideal, para mim e para eles, é sempre falar mais alto, devagar, dirigindo sempre a palavra a eles mesmos e não aos seus acompanhantes, que uso apenas como intermediários, caso seja necessário. Em caso de deficiência auditiva completa, tento gesticular bem as palavras de forma mais lenta. Independentemente do tipo de deficiência auditiva, sempre pergunto, ao final, se ficou claro o que foi informado, colocando-me à disposição para repetir caso seja necessário.

Na minha vivência pessoal, como filha de paciente portadora de deficiência auditiva parcial e adquirida, percebo a insegurança da minha mãe, enquanto paciente, de ir às consultas médicas sozinha por medo de não compreender por completo todas as informações que lhe foram passadas, mesmo tendo um nível intelectual alto e sendo paciente de médicos que a acompanham há alguns anos de forma continuada.

Na pandemia de Covid-19, a situação de atendimento aos pacientes deficientes auditivos piorou muito. Nesses casos, o uso dos interlocutores/

acompanhantes, infelizmente, passou a ser usado mais que o habitual devido à necessidade do uso constante de máscaras de proteção individual. Em alguns casos, foi necessário o uso de desenhos ilustrativos e textos escritos para algumas explicações.

Independentemente do tipo de dificuldade que o paciente tenha, minha concepção é fazer com que ele compreenda o que está acontecendo: suas hipóteses diagnósticas, a necessidade dos exames, a posologia das medicações prescritas e o acompanhamento programado. A necessidade de compreensão do paciente será o meu maior desafio, mas estou disposta a superá-lo.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. M. *et al.* A dificuldade no atendimento médico às pessoas surdas. **Revista Interdisciplinar Ciências Médicas**, v. 3, n. 1, p. 3-9, 2019. Disponível em: <http://revista.fcmmg.br/ojs/index.php/ricm/article/view/64>. Acesso em: 3 jul. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Capítulo II – DOS DIREITOS SOCIAIS, Art. 6º. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 4 jul. 2021.

BRASIL. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. **Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm. Acesso em: 3 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas à pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0327_M.pdf. Acesso em: 5 jul. 2021.

BRASIL. Lei Federal nº 10.436, de 24 de abril de 2002. **Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110436.htm. Acesso em: 3 jul. 2021.

BRASIL. Portal do MEC. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina**. 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>. Acesso em: 3 jul. 2021.

- DIAS, A. R. *et al.* Libras na formação médica: possibilidade de quebra da barreira comunicativa e melhora na relação médico-paciente surdo. **Rev. Med.**, São Paulo, v. 96, n. 4, p. 209-214, 2017. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v96i4p209-214.
- GOMES, L. F. *et al.* Conhecimento de Libras pelos médicos do Distrito Federal e atendimento ao paciente surdo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 3, p. 390-396, 2017. DOI: 10.1590/1981-52712015v41n3RB20160076.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 5 jul. 2021.
- PAZ, M. F. C. J. *et al.* Libras como ferramenta para aprimorar a relação médico-paciente surdo: uma breve revisão bibliográfica. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, e8439119921, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i11.9921.
- PIRES, H. F.; ALMEIDA, M. A. P. T. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 1, 2016. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v5i1.912.
- SILVA, A. B. M. **A utilização do sistema SUS pelas pessoas com deficiência no município de Camaçari**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão Pública Municipal) - Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2018. Disponível em: https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1018/1/2018_mono_andreasilva.pdf. Acesso em: 4 jul. 2021.
- VIEIRA, C. M.; CANIATO, D. G.; YONEMOTU, B. P. R. Comunicação e acessibilidade: percepções de pessoas com deficiência auditiva sobre seu atendimento nos serviços de saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 11, n. 2, 2017. DOI: 10.29397/reciis.v11i2.1139.

Saúde mental e a formação médica

Victor Barreto Santos⁶¹

Gabriela Nabuco Melo Franco⁶²

Segundo a OMS, saúde mental pode ser definida como “um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer contribuições à sua comunidade” (ONUBR, 2016).

Nesse contexto, a saúde mental do estudante de Medicina pode ser avaliada a partir do ingresso dele no Ensino Superior, um período de grandes transformações marcado por mudanças significativas no convívio social e nas atividades cotidianas, que proporcionam uma sensação de poder e liberdade, visto que a universidade exerce um controle direto muito menor sobre o jovem estudante do que a escola, por exemplo, mas que também implica uma maior autocobrança frente ao peso acadêmico. Aqueles cujo processo de formação é na área da saúde ainda vivenciam cotidianamente dilemas específicos da profissão escolhida que envolvem a dualidade entre saúde/doença e vida/morte e que, tradicionalmente, coincidem com o período do desenvolvimento psicossocial marcado por mudanças importantes (GÓMEZ-ROMERO *et al.*, 2017).

Além disso, várias características do curso de Medicina o tornam potencialmente prejudicial na dimensão psicológica dos estudantes. Tais indivíduos encontram dificuldades reais, que vão desde o processo seletivo extenuante, já que o curso de Medicina é o mais disputado em quase todas as universidades do país, passam pela necessidade de aprender

61 Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

62 Graduada em Medicina pela Universidade Tiradentes – Unit. Residência em Psiquiatria pela Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia – FBHC. Título de especialista em Psiquiatria pela Associação Médica Brasileira – AMB. Pós-graduada em Envelhecimento Saudável pela BWS.

a lidar com sofrimento, dor, perdas e finitude ao longo da graduação e permanecem até os primeiros momentos após a formatura, quando se sentem inseguros em aplicar, nos primeiros atendimentos, o conhecimento obtido durante os seis anos de formação (BARBOSA *et al.*, 2018).

Culturalmente, ainda, a prática médica é vinculada ao autossacrifício, por isso é esperado que um bom médico sempre esteja disposto a negligenciar suas necessidades pessoais. Logo, as dificuldades, como parte da caminhada para se tornar médico, foram naturalizadas, e a sensação passada para os jovens estudantes é de que sofrer é fundamental para ser um bom médico, situação que contribui para a banalização da saúde mental dos acadêmicos. Esse sofrimento naturalizado é percebido entre estudantes de Medicina que tendem a desenvolver estratégias individuais de fuga, como o silêncio e o isolamento, proporcionando um ciclo que piora a depreciação psíquica do indivíduo e impede uma mudança de perspectiva (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019).

São diversos os fatores institucionais e individuais que podem contribuir para o agravamento da saúde mental dos estudantes de Medicina. Dentre eles podemos citar: pressão acadêmica provocada por professores e pela competitividade entre os alunos; grade curricular complexa e carga horária pesada, o que dificulta os estudos além da sala de aula; privação financeira, uma vez que o curso praticamente inviabiliza o trabalho e a geração de renda; dificuldade em conciliar os estudos com as atividades de lazer e a presença frequente de autoexigência, que é um traço de personalidade comum entre os estudantes (MAYER *et al.*, 2016; ARAGÃO *et al.*, 2017; BARBOSA *et al.*, 2018).

Diante de todos os agravantes, os alunos ainda necessitam desenvolver resistência emocional para lidar com relações interpessoais com os pacientes diante de situações de sofrimento e morte em uma balança difícil de equilibrar, em que o acadêmico deve ser empático, mas não pode se envolver a ponto de se fragilizar, questões que podem levá-lo a quadros gravíssimos de estresse emocional (MAYER *et al.*, 2016; ARAGÃO *et al.*, 2017; BARBOSA *et al.*, 2018).

Tal estresse pode ser caracterizado e dividido em três fases: a fase de alarme (inicial), a fase de resistência (intermediária) e a fase de exaustão (final). A fase de alarme é definida como uma reação ao

agente agressor, considerada, assim, como um mecanismo básico de defesa. Os sintomas que caracterizam esta fase são: cefaleia, tensão muscular, palpitação, sudorese, irritabilidade, alterações do trato gastrointestinal e esgotamento. A fase de resistência é definida como uma fase de adaptação do homem frente aos estressores, e os sinais que a caracterizam são: o nervosismo, a ansiedade, o medo, o isolamento social, a falta ou o excesso de apetite e a impotência sexual. Por fim, a terceira fase, de exaustão ou esgotamento, é marcada pela cronificação dos sinais e sintomas e pela falha dos mecanismos de adaptação. Esta fase pode, inclusive, levar ao aparecimento de doenças psiquiátricas e/ou clínicas (SILVA; GOULART; GUIDO, 2018).

Baseados nessas fases do estresse, pesquisadores apontaram os sintomas mais recorrentes de cada fase. Participaram da pesquisa 157 estudantes de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Os resultados apontaram que o sintoma mais prevalente da fase de alarme foi a tensão muscular (46,5%); o sintoma mais prevalente da fase de resistência foi a sensação de desgaste físico constante (61,8%); e o sintoma mais prevalente da fase de exaustão foi a hipersensibilidade emotiva (59,2%) (COSTA *et al.*, 2020).

Alguns autores assinalam ainda que estudantes de Medicina estariam mais predispostos, em comparação à população em geral, a transtornos mentais, entre eles o transtorno depressivo (OLIVEIRA; ARAUJO, 2019). Nessa linha, estima-se que 28% dos estudantes universitários apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico diagnosticado por um profissional médico, notadamente transtornos depressivos e de ansiedade (TEIXEIRA *et al.*, 2021).

Esses dados devem chamar a atenção dos educadores para a necessidade de busca de estratégias voltadas para os indivíduos e o coletivo e de uma reflexão sobre o ambiente de aprendizagem durante a formação médica, procurando assim cuidar da saúde mental e da qualidade de vida dos estudantes, ajudando-os a desenvolver hábitos de promoção da saúde e de prevenção dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse e os capacitando para o enfrentamento dos fatores estressores do ambiente de aprendizagem. As estratégias pensadas variam entre técnicas de melhoria do sono e controle do estresse, prática de exercícios físicos, treinamento de atenção plena e meditação (MOUTINHO, 2018).

Outro potencializador emocional negativo tanto para médicos quanto para estudantes é a expectativa exacerbada quanto aos resultados de seu trabalho. O estado de estresse constante decorrente de tais demandas contribui para a vulnerabilidade psíquica desses indivíduos, que se reflete em comportamentos negativos, ligados ao uso de tabaco e de drogas psicotrópicas (DURIGAN; MACHADO, 2020).

Em um estudo recente realizado com 249 alunos, 69,1% relataram usar álcool eventualmente ou no mínimo uma vez por semana, e 8,9% fazem uso de drogas. Quanto à qualidade do sono, observou-se que 72% dos alunos possuem má qualidade do sono. Quando questionados sobre o apoio psicológico, 145 estudantes responderam que, em algum momento da vida, já receberam suporte profissional, e apenas 27 graduandos o mantêm atualmente. Essa queda na manutenção pode estar relacionada à alegação de falta de tempo, ou ao estigma quanto à utilização de serviços de saúde mental e ao medo das consequências em seu currículo (AMORIM *et al.*, 2018).

Soma-se a isso o alto uso de medicações por esses estudantes, dos quais, segundo uma pesquisa, 27,54% utilizam ansiolíticos e/ou antidepressivos, sendo que 57,69% dos entrevistados afirmaram já terem abandonado o tratamento sem alta médica (MIRANDA *et al.*, 2021).

Outra questão atual e que diz respeito à pandemia de Covid-19 foi a modificação do ensino presencial para o ensino à distância – EaD, com a paralisação das atividades práticas, fundamentais na formação médica. Nesse sentido, uma pesquisa apontou que 79,4% dos alunos relatam uma má adaptação ao EaD, e, desse total, 78,5% acreditavam que não estar aprendendo o conteúdo adequadamente. Além disso, apenas 22,2% relataram conseguir manter uma rotina saudável, como ter uma noite de sono reparador, estudar ou realizar alguma atividade física regularmente. Finalmente, 81,4% dos participantes relataram ter percebido em si alguma mudança psicológica ou comportamental durante o período de isolamento (TEIXEIRA *et al.*, 2021).

Desse modo, é fato que a educação médica não é nada fácil e que o caminho é bastante árduo e desafiador, estando associado a níveis elevados de sofrimento psíquico, Burnout, depressão e, conseqüentemente, diminuição da capacidade de enfrentamento (DYRBYE; SHANAFELT, 2016; AYALA *et al.*, 2017; DYRBYE *et al.*, 2017).

Comentário da especialista⁶²

Antes de ingressar na faculdade de Medicina, o estudante é tomado por expectativas, idealizações e fantasias a respeito da carreira médica. Há um sistema de crenças sobre “ser médico” que se inicia ainda na infância e é alimentado pela sociedade, por familiares e por professores, principalmente ao longo da formação do indivíduo. “Vou sempre ter estabilidade financeira”, “nunca me faltará trabalho”, “vou salvar muitas vidas”, “vou conquistar ascensão social”, “vou ser mais respeitado e admirado”, “sempre poderei ajudar as pessoas” são algumas dessas crenças presentes naqueles que desejam cursar Medicina.

O que não é exposto na mesma proporção são os sacrifícios, as abdições, os esforços, o comprometimento e a dedicação exigidos na formação médica. Então, já nos primeiros anos de faculdade, o estudante se depara com a realidade dessa escolha profissional e com o quanto a sua vida pessoal e familiar, a partir daí, será influenciada por tal decisão. São horas de estudo para cumprir a grade curricular, necessidade de envolvimento em atividades extracurriculares (afinal, o ingresso em uma boa residência médica, cada vez mais concorrida, exige muito além do que é passado na faculdade), enfrentar e se adaptar às limitações do sistema público de saúde e de condições sociais desfavorecidas, lidar com o incurável e a morte, além da dificuldade em conciliar o novo estilo de vida com amizades antigas, vida familiar e até em investir em outras áreas da vida, como a sentimental/amorosa. Em suma, o indivíduo passará por frustrações, quebra de expectativas e de idealizações.

Esse contato com a realidade exige, inevitavelmente, muita resiliência, habilidade que muitos estudantes, pela pouca idade de vida, naturalmente não têm tão desenvolvida, além de trazer à luz questionamentos existenciais.

Urge, portanto, que as universidades se comprometam verdadeiramente com a saúde mental dos estudantes, repensando o modelo de formação atual e as suas consequências para a sociedade.

REFERÊNCIAS

AMORIM, B. B. *et al.* Saúde mental do estudante de Medicina: psicopatologia, estresse, sono e qualidade de vida. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**,

[S. l.], v. 7, n. 2, p. 245-254, 30 jul. 2018. DOI: 10.17267/2317-3394rpdsv7i2.1911.

ARAGÃO, J. *et al.* Saúde mental em estudantes de medicina. **Revista de Estudos e Investigación em Psicología y Educación**, v. Extr., n. 14, p. 14-41, 2017. DOI: 10.34117/bjdv5n11-058.

AYALA, E. E. *et al.* What Do Medical Students Do for Self-Care? A Student-Centered Approach to Well-Being. **Teaching and Learning in Medicine**, [S. l.], v. 29, n. 3, p. 237-246, 3 jul. 2017. DOI: 10.1080/10401334.2016.1271334.

BARBOSA, M. L. *et al.* Burnout Prevalence and Associated Factors Among Brazilian Medical Students. **Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health**, [S. l.], v. 14, p. 188-195, ago. 2018. DOI: 10.2174/1745017901814010188.

CONCEIÇÃO, L. S. *et al.* Saúde mental dos estudantes de medicina brasileiros: uma revisão sistemática da literatura. **Avaliação**, Campinas, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 785-802, dez. 2019. DOI: 10.1590/S1414-40772019000300012.

COSTA, T. A. *et al.* Prevalência dos sintomas de estresse nos estudantes de medicina em uma universidade de Sergipe. **Braz. J. of Hea. Rev.**, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 9553-9569, jul. 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n4-192.

DURIGAN, R. A.; MACHADO, L. C. S. O uso de tabaco e drogas pelos estudantes de medicina. **Brazi. J. of Develop.**, [S. l.], v. 6, n. 10, p. 83162-83168, nov. 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n10-666.

DYRBYE, L. N. *et al.* The Impact of a Required Longitudinal Stress Management and Resilience Training Course for First-Year Medical Students. **Journal of General Internal Medicine**, [S. l.], v. 32, n. 12, p. 1309-1314, 31 dez. 2017. DOI: 10.1007/s11606-017-4171-2.

DYRBYE, L. N.; SHANAFELT, T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. **Medical Education**, [S. l.], v. 50, n. 1, 2016. DOI: 10.1111/medu.12927.

GÓMEZ-ROMERO, M. J. *et al.* Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. **Ansiedad y Estrés**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 18-23, jan. 2017. DOI: 10.1016/j.anyes.2017.10.007

MAYER, F. B. *et al.* Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. **BMC Medical Education**, v. 16, n. 282, p. 1-9, 2016. DOI: 10.1186/s12909-016-0791-1.

MIRANDA C. C. S. *et al.* O uso de ansiolíticos e antidepressivos entre graduandos da área da saúde de Teresina-PI: uma pesquisa de opinião. **Revista de Casos e Consultoria**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 1-15, jun. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/24679>. Acesso em: 20 set. 2022.

MOUTINHO, I. L. D. **Estresse, ansiedade, depressão, qualidade de vida e uso de drogas ao longo da graduação em medicina: estudo longitudinal**. 2018.

151 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/7118>. Acesso em: 20 set. 2022.

OLIVEIRA, M. J.; ARAUJO, L. M. B. Saúde mental do estudante de medicina. **Bra-zi. J. of Develop.**, [S. l.], v. 5, n. 11, p. 23440-23452, 2019. DOI: 10.34117/bjdv5n11-058.

ONUBR – Nações Unidas no Brasil. **Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial>. Acesso em: 25 fev. 2022

SILVA, R. M.; GOULART, C. T.; GUIDO, L. A. Evolução histórica do conceito de estresse. **Rev. Cient. Sena Aires**, v. 7, n. 2, p. 148-156, 2018. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/viewFile/316/225>. Acesso em: 19 mar. 2022.

TEIXEIRA, L. A. C. *et al.* Saúde mental dos estudantes de Medicina do Brasil durante a pandemia da coronavirus disease 2019. **J. Bras. Psiquiatr.**, [S. l.], v. 70, n. 1, p. 21-29, mar. 2021. DOI: 10.1590/0047-2085000000315.

Burnout na residência médica

Bianca Holz Vieira⁶³

Layla Raíssa Dantas Souza⁶³

Victor Barreto Santos⁶⁴

Gabriela Massaro Carneiro Monteiro⁶⁵

A residência médica é uma modalidade de pós-graduação considerada padrão-ouro. É geralmente lembrada como um período de intenso desenvolvimento de habilidades técnico-científicas, mas também como uma fase muito estressante na formação médica, frequentemente associada a casos de depressão e síndrome de Burnout – SB, que prejudicam a saúde física e mental do médico, afetando diretamente a sua qualidade de vida (LEANDRO *et al.*, 2020).

A síndrome de Burnout foi primeiramente descrita pelo psicólogo Herbert Freudenberger, em 1974, o qual analisou a relação entre a insatisfação com o trabalho e o estresse. No contexto da medicina, o Burnout é um esgotamento físico e mental relacionado ao trabalho de assistência médica prestada a outros, sendo a exposição persistente a fatores estressores no ambiente de trabalho a principal etiologia desse processo (DIMITRIU *et al.*, 2020).

A SB é, portanto, uma síndrome multifacetada, caracterizada por vários graus de exaustão emocional, despersonalização e baixa sensação de realização pessoal, o que tem sido relacionado com as altas demandas educacionais e de trabalho, a pouca autonomia e o desequilíbrio

63 Graduandos em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

64 Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

65 Médica psiquiatra da infância e adolescência – HCPA. Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Tema: Burnout em residentes de Psiquiatria. Doutorado em andamento pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da UFRGS.

entre vida pessoal e profissional dos residentes (DYRBYE; SHANAFELT, 2016; AGGARWAL *et al.*, 2017; CHAUKOS *et al.*, 2017; LU *et al.*, 2021).

A exaustão emocional pode ser definida como a sensação de sobrecarga em decorrência do trabalho e do esgotamento de recursos emocionais, prejudicando o desenvolvimento profissional e diminuindo qualidades profissionais como honestidade, altruísmo, integridade e autorregulação (DYRBYE; SHANAFELT, 2016). A despersonalização, ou cinismo, pode ser caracterizada como distanciamento ou insensibilidade em relação ao paciente, aspecto fortemente associado aos efeitos negativos sobre o profissionalismo (DYRBYE; SHANAFELT, 2016; DIMITRIU *et al.*, 2020). Já a baixa sensação de realização pessoal está ligada a sensações e pensamentos negativos sobre insuficiência profissional e baixa autoestima profissional (BUSIREDDY *et al.*, 2017; IRONSIDE *et al.*, 2019). Todos esses aspectos foram detalhados e considerados pela nova Classificação Internacional das Doenças – CID-11, que agora considera a SB um problema ocupacional, e não mais mental como no CID-10. Em outras palavras, essa mudança atribui culpa à empresa, uma vez que a causa é o trabalho e não uma desordem do trabalhador (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

Uma metanálise realizada por Low *et al.* (2019) comparou as taxas de prevalência de Burnout em residentes por especialidade médica, tanto em modalidades clínicas quanto cirúrgicas, e os resultados foram impressionantes. Percebeu-se que a prevalência global dessa síndrome entre os residentes foi consideravelmente alta, com taxas maiores que 50%. As especialidades que apresentaram maior prevalência de Burnout em seus residentes foram radiologia (77,16%), neurologia (71,93%) e cirurgia geral (58,39%) e, em contrapartida, psiquiatria (42,05%), oncologia (38,36%) e medicina da família (35,97%) revelaram as menores taxas. Entretanto, segundo Vanyo *et al.* (2021) e Lu *et al.* (2021), a prevalência de Burnout apresentou maiores taxas entre residentes da medicina de emergência, correspondendo a 60% dos casos.

A análise dos sintomas de exaustão emocional e despersonalização revelou haver aumento de relato desses indicadores entre o primeiro e segundo anos de residência (RICKER *et al.*, 2020). A prevalência de exaustão emocional permanece elevada durante a residência (44-50%), sendo que a despersonalização e o esgotamento geral aumentam

nesse período. Outros fatores podem interferir nessa prevalência, como as especialidades e o país de treinamento e de origem do residente (DYRBYE; SHANAFELT, 2016). Todavia, ao se aproximar do fim da residência, foram observados baixos níveis de exaustão emocional e esgotamento, associados a um aumento do nível de realização pessoal (CHENG *et al.*, 2020).

Os fatores estressores, como um relacionamento conturbado com médicos supervisores, pouca autonomia, isolamento social e *feedback*, que frequentemente ressaltam aspectos a serem melhorados, colaboram para o esgotamento mental (DYRBYE; SHANAFELT, 2016; IRONSIDE *et al.*, 2019). A percepção de menosprezo e maus-tratos, como assédio, humilhação pública e discriminação, seja por residentes em níveis mais avançados, seja por professores, também foram relacionados à visão negativa sobre a residência (CHENG *et al.*, 2020). Outros fatores ainda relacionados ao trabalho foram a longa jornada, a privação de sono, os plantões noturnos com alta frequência, a diminuição do tempo destinado ao atendimento de pacientes, além do tempo gasto com tarefas administrativas (IRONSIDE *et al.*, 2019; ZAMBRANO, 2019; RICKER *et al.*, 2020).

Estressores externos ao exercício da medicina mostraram contribuir para o processo de Burnout, como dívida educacional elevada tanto para estudantes de Medicina quanto para residentes (DYRBYE; SHANAFELT, 2016; FRAJERMAN *et al.*, 2018). Segundo Ironside *et al.* (2019), há valores culturais na medicina que sustentam o estigma da priorização do trabalho em detrimento do tempo pessoal e do autocuidado, relatados pelos residentes como motivo de sensação de culpa quando precisam se ausentar do trabalho.

Sabe-se que o Burnout pode gerar exaustão emocional, física e/ou mental, além de acarretar consequências pessoais e profissionais potencialmente graves. Durante a residência, as implicações tendem a aumentar, e o esgotamento propiciado por essa condição favorece o aumento de pensamentos e ideias suicidas, de automutilação, de uso de álcool e outras drogas, além de prejudicar a satisfação e o desempenho profissional do médico residente (DYRBYE; SHANAFELT, 2016; VANYO *et al.*, 2021).

Segundo Dyrbye e Shanafelt (2016), residentes com Burnout apresentam maior dificuldade de concentração no trabalho, visto que essa

síndrome pode impedir processos cognitivos necessários para a aquisição e aplicação de habilidades e conhecimentos. Além disso, pacientes atendidos por residentes com Burnout são mais propensos a receber cuidados abaixo do ideal e sofrer uma iatrogenia. Nesse sentido, o médico com Burnout se torna um profissional menos confiante, menos motivado e menos capaz, tornando-se mais suscetível a erros e reduzindo a capacidade produtiva do local em que trabalha e a qualidade do atendimento prestado.

Na residência médica, o Burnout também está associado a uma menor satisfação na carreira, aumentando a probabilidade de mudança de especialidade e até de abandono completo da medicina. Percebe-se que residentes com alta exaustão emocional estão mais propensos a escolher uma especialidade que permita um estilo de vida mais controlável. Desse modo, nota-se como essa condição tem o potencial de impactar a distribuição de especialidades médicas e, conseqüentemente, o acesso dos pacientes aos cuidados (DYRBYE; SHANAFELT, 2016).

Há, ainda, novos fatores estressores que contribuem para o esgotamento de residentes, como a alta competitividade por vagas de residência médica, resultado do aumento da oferta de vagas para o curso de Medicina. Além disso, o aumento aparentemente indescritível no conhecimento médico a ser aprendido e as habilidades a serem desenvolvidas a partir desse conhecimento se mostram como grandes desafios para os residentes (DYRBYE; SHANAFELT, 2016). Recentemente, com as novas tecnologias e as novas demandas, surgiram outros fatores estressores, já avaliados nos EUA, que parecem estar agravando a SB. O prontuário eletrônico, os aplicativos de mensagem instantânea e a demanda por estar sempre disponível são exemplos descritos por especialistas (HAUCK; GABBARD, 2019).

Zambrano (2019) e Chaukos *et al.* (2017) referem ainda existir relação entre Burnout e estresse, ansiedade e depressão, de modo que um profissional acometido por esses transtornos não consegue prestar um serviço de qualidade e está mais propenso a cometer erros no diagnóstico ou no tratamento.

Em contrapartida, alguns fatores foram apontados como fatores de proteção para o bem-estar dos residentes durante a sua formação. Inteligência emocional, amabilidade e estabilidade emocional, em

associação com prática de atenção plena, foram associadas com menores taxas de Burnout, estresse e outros transtornos psíquicos, incluindo ideação suicida em residentes de cirurgia (RICKER *et al.*, 2020). Associado a isso, residentes no final da pós-graduação apresentam mais satisfação com a vida quando comparados com aqueles que estão iniciando esse processo, visto que se sentem mais confiantes em suas habilidades profissionais, menos chamadas após o expediente e menos trabalho aos finais de semana, propiciando mais tempo livre (RICKER *et al.*, 2020).

No contexto da pandemia de Covid-19, o cansaço físico é somado ao estresse mental associado ao medo de uma possível infecção, visto que o médico residente é o profissional que, muitas vezes, representa a interface de comunicação entre o médico assistente e o paciente, de modo que o tempo gasto com este é geralmente maior (DIMITRIU *et al.*, 2020). Apesar desse contato mais prolongado, não foram observadas mudanças nas medidas de esgotamento entre os residentes na pandemia, e mesmo entre os residentes da linha de frente, cujas taxas de Burnout eram mais altas no período pré-pandemia, as taxas de Burnout permaneceram estáveis (BLANCHARD *et al.*, 2021).

Diante do apresentado, percebe-se o quanto é necessária a adoção de medidas intervencionistas e curativas aos residentes com Burnout. Uma revisão sistemática e metanálise de 19 estudos envolvendo 2.030 residentes revelou que a limitação de horas de trabalho dos residentes estava consistentemente associada à queda da exaustão emocional e a menores taxas gerais de Burnout. Entretanto, esse limite de horas também pode resultar em treinamento médico inadequado ou prolongamento de um período de treinamento já longo (BUSIREDDY *et al.*, 2017).

Intervenções focadas no indivíduo, como atenção plena, gerenciamento de estresse e reuniões de pequenos grupos; e intervenções organizacionais, como redução de horas de trabalho, modificações na prática clínica e acesso a serviços de saúde mental, oferecem benefícios significativos no combate ao esgotamento médico (SHEER *et al.*, 2021). Além disso, educar residentes e professores sobre os sinais e sintomas de Burnout, técnicas de gerenciamento de estresse e habilidades de enfrentamento, e estabelecimento de expectativas mais realistas; estimular um tempo dedicado ao autocuidado; integrar um sistema proativo para identificação e apoio dos residentes com sintomas de Burnout, com

a realização de pesquisas de rotina, por exemplo; e incorporar discussões sobre Burnout nas reuniões de rotina com os residentes também são medidas que se mostram eficazes (IRONSIDE *et al.*, 2019).

Segundo Cheng *et al.* (2020), ao serem questionados sobre recursos que ajudariam no manejo do estresse no ambiente de trabalho, os residentes apoiaram, por exemplo, a instalação de academias, retiros, reuniões confidenciais de grupos de residentes, serviços de saúde mental e oficinas de gerenciamento de estresse.

Por fim, observa-se uma relação inversa entre *mindfulness* e Burnout, bem como habilidades de enfrentamento e Burnout. A atenção plena está inversamente correlacionada com o Burnout porque aumenta a capacidade de encontrar significado no trabalho de alguém por meio da autoconsciência, podendo, por conseguinte, ajudar no combate da despersonalização e da exaustão emocional que contribuem para o esgotamento. Já a relação inversa entre as habilidades de enfrentamento e o Burnout ressalta a importância da conscientização do estresse e da capacidade de autoavaliação como uma estratégia de proteção contra o Burnout (CHAUKOS *et al.*, 2017). Evidencia-se, portanto, a necessidade do desenvolvimento e da aplicabilidade dessas medidas protetoras à saúde mental desses profissionais a fim de buscar melhorar o bem-estar e evitar e/ou diminuir o desgaste físico e emocional dos residentes durante sua formação.

Comentário da especialista⁶⁵

O Burnout tem sido referido como um fenômeno epidêmico, e temos observado uma preocupação cada vez maior com essa síndrome em profissionais de saúde desde o início da pandemia de Covid-19 (SHANAFELT *et al.*, 2015; HAUCK; GABBARD, 2019; LUCEÑO-MORENO *et al.*, 2020). A saúde mental na carreira médica, principalmente nos anos de formação, é uma questão crescente. No entanto, embora existam algumas evidências, a relação entre o ambiente de trabalho e o Burnout ainda é pouco compreendida (ANDOLSEK, 2018; HAUCK; GABBARD, 2019).

Os residentes estão em contato próximo com colegas, auxiliares, professores e a cultura institucional, e esses fatores são de grande

importância para a saúde mental, visto que relações interpessoais problemáticas podem ser altamente prejudiciais. Uma revisão sistemática mostrou algumas características do ambiente de trabalho relacionadas ao Burnout como redução da procura por ajuda de supervisores, aumento da carga de trabalho, redução da satisfação com o corpo clínico docente, descanso insuficiente, pior qualidade percebida da supervisão e falta de supervisão clínica (CHAN; CHEW; SIM, 2019).

Um dos artigos que publiquei foi sobre o desenvolvimento de um instrumento que avalia o ambiente de trabalho: Instrumento para Avaliação do Ambiente de Trabalho (*Work Environment Evaluation Instrument* – WEEI) (MONTEIRO; BAEZA; HAUCK, 2020). A partir dele, se pode mensurar o relacionamento com superiores, com pares e a relação com a instituição onde se trabalha. É uma escala Likert de quatro pontos em que 0 corresponde a “totalmente falso” e 4 corresponde a “totalmente verdadeiro”. Cinco itens avaliam a relação com superiores/supervisores, três com os colegas e três a relação com a instituição. Os itens avaliam aspectos como sentir-se à vontade para pedir ajuda, sentir-se ouvido e ajudado versus sentir-se pressionado pelos superiores/supervisores, o sentimento de pertencimento e a presença de clima colaborativo na instituição e a percepção de apoio dos pares. Os pontos de corte sugeridos definem o ambiente como saudável (>32 pontos), de risco (23-31 pontos) ou tóxico (<22 pontos). Tanto os escores totais quanto as dimensões do WEEI, bem como a categoria ambiente (isto é, saudável, de risco ou tóxico), foram relacionados aos sintomas de Burnout.

Concluindo, somado a todas as importantes informações trazidas pelo capítulo, penso ser importante acrescentar a avaliação do ambiente de trabalho como um dos fatores principais quando diante de um residente com SB, já que essa se trata de uma condição relacionada ao trabalho.

REFERÊNCIAS

- AGGARWAL, R. *et al.* Bem-estar residente: uma intervenção para diminuir o Burnout e aumentar a resiliência e a felicidade. **MedEdPORTAL**, v. 13, p. 10651, 2017. DOI: 10.15766/mep_2374-8265.10651.
- ANDOLSEK, K. M. Physician Well-Being: Organizational Strategies for Physician Burnout. **FP Essent.**, v. 471, p. 20-24, 2018.

BLANCHARD, A. K. *et al.* Resident Well-Being Before and During the COVID-19 Pandemic. **Journal of Graduate Medical Education**, v. 13, n. 6, p. 858-862, 2021. DOI: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-21-00325.1>.

BUSIREDDY, K. R. *et al.* Efficacy of interventions to reduce resident physician Burnout: a systematic review. **Journal of graduate medical education**, v. 9, n. 3, p. 294-301, 2017. DOI: [10.4300/JGME-D-16-00372.1](https://doi.org/10.4300/JGME-D-16-00372.1).

CHAN, M. K.; CHEW, Q. H.; SIM, K. Burnout and associated factors in psychiatry residents: a systematic review. **Int J Med Educ.**, v. 10, p. 149-160, 2019. DOI: [10.5116/ijme.5d21.b621](https://doi.org/10.5116/ijme.5d21.b621).

CHAUKOS, D. *et al.* Risk and resilience factors associated with resident Burnout. **Academic Psychiatry**, v. 41, n. 2, p. 189-194, 2017. DOI: [10.1007/s40596-016-0628-6](https://doi.org/10.1007/s40596-016-0628-6).

CHENG, M. Y. *et al.* Exploration of Mistreatment and Burnout Among Resident Physicians: a Cross-Specialty Observational Study. **Medical Science Educator**, v. 30, n. 1, p. 315-321, 2020. DOI: [10.1007/s40670-019-00905-z](https://doi.org/10.1007/s40670-019-00905-z).

DIMITRIU, M. C. T. *et al.* Síndrome de Burnout em residentes médicos romenos em tempo de pandemia de COVID-19. **Hipóteses médicas**, v. 144, p. 109972, 2020. DOI: [10.1016/j.mehy.2020.109972](https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972).

DYRBYE, L.; SHANAFELT, T. Uma revisão narrativa sobre o Burnout vivenciado por estudantes e residentes de medicina. **Educação médica**, v. 50, n. 1, p. 132-149, 2016. DOI: [10.1111/medu.12927](https://doi.org/10.1111/medu.12927)

FRAJERMAN, A. *et al.* Burnout em estudantes de medicina antes da residência: uma revisão sistemática e metanálise. **Psiquiatria Europeia**, v. 55, p. 36-42, 2019. DOI: [10.1016/j.eurpsy.2018.08.006](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.08.006).

HAUCK, S.; GABBARD, G. O. Institutional factors in the medical burnout epidemic. **Brazilian J Psychiatry**, v. 41, n. 2, p. 191-192. 2019. DOI: [10.1590/1516-4446-2018-0340](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0340).

IRONSIDE, K. *et al.* Resident and faculty perspectives on prevention of resident burnout: A focus group study. **The Permanente Journal**, v. 23, 2019. DOI: [10.7812/TPP/18-185](https://doi.org/10.7812/TPP/18-185).

LEANDRO, I. M. *et al.* Síndrome de Burnout em residentes médicos: uma revisão bibliográfica. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10528-10542 jul./ago. 2020. DOI: [10.34119/bjhrv3n4-268](https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-268).

LOW, Z. X. *et al.* Prevalência de Burnout em residentes de medicina e cirurgia: uma meta-análise. **Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública**, v. 16, n. 9, p. 1479, 2019. DOI: [10.3390/ijerph16091479](https://doi.org/10.3390/ijerph16091479).

LU, D. W. *et al.* "Pulling the Parachute": A Qualitative Study of Burnout's Influence on Emergency Medicine Resident Career Choices. **AEM education and training**, v. 5, n. 3, p. e10535, 2021. DOI: [10.1002/aet2.10535](https://doi.org/10.1002/aet2.10535).

LUCEÑO-MORENO, L. *et al.* Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 15, p. 1-25, 2020. DOI: 10.3390/ijerph17155514.

MONTEIRO, G. M. C.; BAEZA, F. L. C.; HAUCK, S. Work Environment Evaluation Instrument (WEEI): development, validation, and association with burnout. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 42, n. 2, p. 185-189, 2020. DOI: 10.1590/2237-6089-2019-0048.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-11**: Classificação Estatística Internacional de Doenças, 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/en>. Acesso em: 30 maio 2022.

RICKER, M. *et al.* A longitudinal study of burnout and well-being in family medicine resident physicians. **Family medicine**, v. 52, n. 10, p. 716-723, 2020. DOI: 10.22454/FamMed.2020.179585.

SHANAFELT, T. D. *et al.* Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. **Mayo Clin Proc.**, v. 90, n. 12, p. 1600-1613, 2015. DOI: 10.1016/j.mayocp.2015.08.023.

SHEER, A. J. *et al.* Improving burnout and well-being among medicine residents: Impact of a grassroots intervention compared to a formal program curriculum. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 10, 2021. DOI: 10.4103/jehp.jehp_1378_20.

VANYO, L. Z. *et al.* Emergency Medicine Resident Burnout and Examination Performance. **AEM education and training**, v. 5, n. 3, p. e10527, 2021. DOI: 10.1002/aet2.10527.

ZAMBRANO, J. R. T. Síndrome de Burnout en Médicos Residentes. **Revista San Gregorio**, n. 33, p. 102-113, 2019. DOI: 10.36097/rsan.v1i33.966.

Síndrome de Burnout nos profissionais médicos em tempos de Covid-19

Luiz Guilherme de Jesus Araújo Santos⁶⁶

Vittor Sérgio Santos de Quintela⁶⁶

Fellipe Matos Melo Campos⁶⁷

O ingresso no curso de Medicina requer a transformação precoce do estudante, bem como impõe adquirir uma maturidade prematura, em virtude, sobretudo, da preocupação de se tornar um profissional capaz e bem-sucedido. Percebe-se que o impacto causado nessa fase de transição exige do estudante mudanças não só em seu comportamento, mas também no que diz respeito ao seu convívio social. Tais alterações podem provocar frustração, desânimo, ansiedade e, até mesmo, sintomas depressivos, os quais, indubitavelmente, repercutem na saúde, no desempenho e na qualidade de vida dos profissionais médicos (ANDRADE *et al.*, 2014).

É fundamental salientar que há uma relação direta entre a saúde do profissional médico e o meio no qual esses profissionais estão inseridos. Diante disso, a pandemia de Covid-19 é um fator determinante que pode vir a gerar um quadro psiquiátrico alarmante a curto, médio e longo prazos. Dessa forma, os profissionais de saúde são particularmente vulneráveis a problemas emocionais na pandemia atual devido ao risco de exposição ao vírus, à preocupação em infectar seus entes queridos, à escassez de equipamento de proteção individual – EPI, ao aumento das horas de trabalho e ao envolvimento em decisões de alocação de

66 Graduandos em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

67 Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe, psiquiatra pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e psiquiatra da infância e adolescência pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

recursos (PFEFFERBAUM; NORTH, 2020). Por isso, a importância de correlacionar o momento que vive o sistema de saúde como um todo com o bem-estar geral daqueles que estão se arriscando para servir a seus pacientes.

De acordo com Hans Selye, há um mecanismo trifásico denominado “síndrome geral de adaptação”, o qual compreende as fases de alerta, resistência e exaustão (SELYE, 1978). Assim, sem o desenvolvimento de mecanismos de restauração, o organismo pode evoluir para o “distress” ou estresse destrutivo, com efeitos deletérios à saúde física e psicológica, que, no estágio crônico, podem evoluir para síndrome de Burnout (MORI; VALENTE; NASCIMENTO, 2012).

O estabelecimento da síndrome de Burnout se tornou ainda mais propício com a Covid-19, visto que a situação que já era desfavorável na saúde agravou-se com o aumento da sensação de esgotamento emocional e físico. Nesse sentido, os profissionais de saúde são mais vulneráveis ao Burnout, uma vez que lidam com um ambiente de trabalho sem apoio social, déficit de recursos e cobrança rotineira para atender às demandas de infectados e às necessidades da população por eles atendida, o que pode se configurar em um gatilho para o desencadeamento da síndrome de Burnout (RIBEIRO; VIEIRA; NAKA, 2020).

Mas, finalmente, o que é a síndrome de Burnout? A síndrome de Burnout é caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal reduzida, a qual afeta médicos, pacientes e suas inter-relações (AGUILAR-NÁJERA *et al.*, 2020). Sobrecarga de trabalho, falta de liderança, de reconhecimento pessoal no trabalho, de equidade entre acompanhantes e a presença de *feedbacks* negativos dos pacientes são os fatores mais relacionados com o desenvolvimento da síndrome; além disso, outros fatores como sexo, idade e estado civil também foram considerados relevantes (RODRÍGUEZ *et al.*, 2020). Logo, nota-se que essa síndrome tem o poder de interferir diretamente não só na saúde mental do profissional, mas também, na qualidade do serviço médico e, por isso, não deve ser negligenciada.

Como ilustração, é possível citar o estudo de Barros *et al.* (2016), em que participaram da pesquisa 122 médicos intensivistas, nas áreas de Medicina Geral, Pediatria, Neonatologia e Grandes Queimados, que trabalharam por, no mínimo, seis meses nas diversas UTIs do estado

de Sergipe. Ao aplicar um questionário sobre dados sociodemográficos, laborais e psicossociais, observou-se que 42,6% dos profissionais eram portadores da síndrome de Burnout, um número bastante alto e expressivo como se pode perceber. Com isso, é possível notar que a doença acompanha o profissional médico desde muito antes da pandemia nos ambientes regulares de trabalho.

Todavia, a Covid-19, sem dúvidas, é um fator intensificador do problema, uma vez que o estresse do dia a dia aumentou exacerbadamente em virtude do drama diário de pacientes e sua família. Diante disso, verificou-se que os profissionais de saúde chineses que cuidavam diretamente de pacientes com a infecção mostraram dados importantes relacionados à saúde mental. De um total de 1.257 profissionais que trabalham em 34 hospitais (39% médicos e 61% enfermeiros), aproximadamente 50% apresentaram sintomas de depressão, 45% de ansiedade, 34% de insônia e 72% de angústia (RIBEIRO; VIEIRA; NAKA, 2020).

Relevante também foi o estudo realizado entre abril e maio de 2020, no início da pandemia, com 486 médicos de todas as regiões do Brasil, que revelou que 49,79% deles tinham fortes indícios de sofrimento mental, com cefaleia e o sono comprometido, fazendo uso de psicofármacos. Entre eles, 77,4% sentiam-se tristes e estavam chorando mais que o habitual, e 4,3% apresentavam ideação suicida (PIMENTEL *et al.*, 2020).

Dessa forma, é notório que, além de uma preocupação com o paciente, também deve existir um cuidado com os profissionais que ali estão trabalhando diariamente para melhor atender à população. Percebe-se, também, a existência de um problema que pode e deve ser enfrentado para evitar consequências maiores, pois, apesar do crescimento do interesse sobre o tema, a síndrome de Burnout ainda é pouco conhecida entre os trabalhadores e a população geral. Sugestões de medidas preventivas e interventivas, voltadas aos profissionais da área de saúde, poderão se refletir em mais qualidade na prestação dos serviços à população (SILVA *et al.*, 2015).

É válido ressaltar que há dois estilos de enfrentamento da síndrome de Burnout: por um lado, o enfrentamento ativo ou adaptativo, utilizado quando as condições estressantes são avaliadas pelo indivíduo como sujeito à alteração, modificação ou eliminação utilizando para

isso estratégias como a busca de solução de problemas ou releitura positiva, e, por outro lado, o enfrentamento passivo, utilizado quando as condições de estresse são avaliadas como permanentes ou não modificáveis. Este tipo de enfrentamento inclui estratégias comportamentais de fuga ou evasão comportamental e cognitiva de distanciamento ou atenção seletiva a fim de reduzir os problemas emocionais (LACRUZ *et al.*, 2019).

Dessa maneira, a síndrome de Burnout é um problema de saúde pública que pode acarretar uma sensação de incapacidade produtiva, baixa empatia para com o outro, assim como ausência no trabalho e licença por doença, gerando despesas para a organização empregadora, além de afetar a qualidade do serviço oferecido, a produtividade e o lucro. Sobre essa perspectiva, é válido salientar que o processo de instalação dessa síndrome é dinâmico, visto que o indivíduo passa por diferentes estágios até que a doença realmente se instale, sendo possível preveni-la antes que os profissionais desenvolvam o nível mais grave e, por vezes, irremediável (MOREIRA; SOUZA; YAMAGUCHI, 2018).

Isto posto, é necessária uma preparação psicológica efetiva desde a formação acadêmica no âmbito médico a fim de atenuar o desenvolvimento de problemas psicológicos no meio profissional. Outrossim, com o objetivo de conduzir a saúde mental do profissional médico da melhor maneira, é imperativo que haja grupos de psicoterapia para auxiliar no enfrentamento do estresse, que é um evento constante em toda a vida profissional do médico. Além disso, é importante o hábito de praticar exercícios físicos, bem como a prática de atividades recreativas que tragam prazer (MOREIRA; SOUZA; YAMAGUCHI, 2018).

Comentário do especialista⁶⁷

Nos parágrafos a seguir, não trago dados adicionais – pois já foram citados pelos autores e suficientemente vividos por muitos de nós –, mas busco pontuar a extrema importância de lembrarmos que os profissionais de saúde se incluem na população amedrontada pela pandemia. Então, por que debater tal enfermidade durante a pandemia? Sugiro aos leitores que não atuam na área da saúde que imaginem uma

trajetória vivida ao longo da pandemia. Para muitos colegas da medicina, será uma mera releitura.

Apenas dois lembretes ilustrativos: o médico chinês que lutou para divulgar sua descoberta do SARS-CoV-2 faleceu... de Covid-19 (LIY, 2020); dentre as poucas profissões cujas atividades não foram suspensas durante a pandemia, incluem-se os profissionais da medicina.

Em meio a tantas intercorrências e surpresas trágicas, o mundo inteiro contava que os profissionais médicos – inicialmente referidos de maneira heroica em sua atuação – fossem a “linha de frente” no combate à pandemia. Dificuldades recorrentes de acesso a insumos, mal-estar pelo uso dos EPIs eventualmente improvisados, superlotação de leitos e conflitivas de ordem pública foram alguns dos primeiros contrapontos ao desejo visceral de ajudar mais aquele paciente que infelizmente feneceria em poucos dias.

É válido pontuar que a própria OMS já reconhece o Burnout como uma morbidade clínica com a vigência da nova Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-11 de janeiro de 2022 (WHO, 2022). Ou seja, antes da pandemia, Covid-19 sequer existia como nosologia. Todavia, nos últimos dois anos, entre propostas e controvérsias de tratamentos farmacológicos, descoberta de vacinas eficazes, variantes mais transmissíveis e embates políticos sobre imunização infantil (mais atual), um fenômeno mostra-se cada vez mais evidente: os heróis e as heroínas da linha de frente cansaram. Cansaram da pilha de Declarações de Óbito e funerais “adaptados”; cansaram da persistência das dificuldades de acesso a insumos e equipamentos; cansaram de seguir perdendo pessoas significativas para a Covid-19; cansaram do medo constante de transmitirem a doença para quem amam ou padecerem dela; e é sempre válido lembrar: os profissionais médicos recebiam não apenas pelo seu próprio bem-estar, mas também pelos seus cônjuges, filhos, pais, irmãos, amigos e colegas – figuras presentes em tantas preces das equipes nos plantões.

Nosso convite aos leitores neste capítulo, através desta breve releitura, vai além do escopo clínico-epidemiológico, mas é uma forma de apelo: para uma maior compreensão da realidade vivida pelos profissionais médicos e demais colegas da saúde de maneira humana e empática,

uma vez que os heróis e as heroínas – que inclusive seguem combatendo tal “vilão” – ainda necessitam do apoio e reconhecimento de toda a população para prosseguirem nessa jornada de forma digna, salutar e, por que não, heroica.

Que se registre aqui o nosso agradecimento aos profissionais de saúde pelo seu sacrifício imensurável e pela sua dedicação incomparável hoje e sempre.

REFERÊNCIAS

AGUILAR-NÁJERA, O. *et al.* Prevalence of burnout syndrome in gastroenterologists and endoscopists: results of a national survey in Mexico. **Postgraduate Medicine**, [S. l.], v. 132, n. 3, p. 275-281, 10 jan. 2020. DOI: 10.1080/00325481.2019.1707486.

ANDRADE, J. B. C. *et al.* Contexto de formação e sofrimento psíquico de estudantes de medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 231-242, jun. 2014. DOI: 10.1590/S0100-55022014000200010.

BARROS, M. M. S. *et al.* Síndrome de Burnout em médicos intensivistas: estudo em UTIs de Sergipe. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 1, p. 377-389, mar. 2016. DOI: 10.9788/TP2016.1-26.

LACRUZ, S. P. *et al.* Fatores relacionados à probabilidade de sofrer problemas de saúde mental em profissionais de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 27, p. 0-3144, 2019. DOI: 10.1590/1518-8345.3079-3144.

LIY, M. V. China confirma a morte do médico que alertou sobre o coronavírus após horas de confusão. **El País**. Pequim. 06 fev. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/sociedade/2020-02-06/china-confirma-a-morte-do-medico-que-alertou-sobre-o-coronavirus-apos-horas-de-confusao.html>. Acesso em: 13 ago. 2022.

MOREIRA, H. A.; SOUZA, K. N.; YAMAGUCHI, M. U. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 43, e3, mar. 2018. DOI: 10.1590/2317-6369000013316.

MORI, M. O.; VALENTE, T. C. O.; NASCIMENTO, L. F. C. Síndrome de Burnout e rendimento acadêmico em estudantes da primeira à quarta série de um curso de graduação em medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 536-540, 2012. DOI: 10.1590/S0100-55022012000600013.

PFEFFERBAUM, B.; NORTH, C.S. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. **The New England Journal of Medicine**, v. 383, n. 6, p. 510-512, 2020. DOI: 10.1056/NEJMp2008017.

PIMENTEL, D.; FIGUEIREDO, D. L.; MATTOS, R. M. P. R.; BARRETO, I. D. C. Mental health of Brazilian physicians during the COVID-19 pandemic. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, e5129108758, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8758>.

RIBEIRO, L. M.; VIEIRA, T. A.; NAKA, K. S. Síndrome de Burnout em profissionais de saúde antes e durante a pandemia da COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 11, e5021, 2020. DOI: 10.25248/reas.e5021.2020.

RODRÍGUEZ, C. M. *et al.* Síndrome de Burnout en especialistas de medicina interna y factores asociados a su desarrollo. **Revista Clínica Española**, v. 220, n. 6, p. 331-338, ago./set. 2020. DOI: 10.1016/j.rce.2019.10.009.

SELYE, H. H. B. **The Stress of Life**. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1978. 516 p.

SILVA, S. C. P. S. *et al.* A síndrome de Burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 20, n. 10, p. 3011-3020, out. 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152010.19912014.

WHO. **ICD-11**: International Classification of Diseases, Eleventh revision. Geneva. 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/en>. Acesso em: 13 ago. 2022.

A conduta médica no Sistema Único de Saúde

Victor Barreto Santos⁶⁸

Táffines Rumenic Teodoro Machado⁶⁸

Ana Flávia Silveira de Souza⁶⁹

Salvyana Carla Palmeira Sarmento Silva⁷⁰

Para Aristóteles, a medicina não é arte porque ela tem um fim diferente de si mesma: a saúde do paciente. Assim, baseado nos conceitos teleológicos aristotélicos, a medicina é uma prática humana que exige cultivo de virtudes. Seguindo essa linha de raciocínio, Alasdair Chalmers MacIntyre, filósofo contemporâneo, acredita que a medicina é definida através de suas relações interpessoais, incluído o cuidado pressuposto pela prática, em que a falha do cuidado estaria associada à falta do entendimento da individualidade e da necessidade de cada um (PASTURA; LAND, 2019).

Isto posto, a crise na ética médica não é fruto apenas de rápidas e sucessivas mudanças na sociedade ao longo do último século (XX), mas também é resultante de transformações da própria medicina, principalmente porque não foram concomitantes à atualização do papel do médico. A batalha dos médicos era primeiramente com as principais doenças infecciosas sem que houvesse preocupação com as origens

68 Graduados em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

69 Graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

70 Médica pela Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas, com atuação em medicina de família e comunidade, homeopatia e geriatria. Título de especialista em Homeopatia pela Associação Médica Homeopática Brasileira. Título de especialista em Gerontologia com enfoque em Gerontologia Social e Geriatria pela Universidade Federal de Sergipe. Especialista em ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde pela ENSP-Fiocruz e especialista em Aperfeiçoamento em Processos Educacionais na Saúde com ênfase na facilitação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem pelo Hospital Sírio-Libanês/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.

sociais e emocionais. Hodiernamente, as principais causas de mortalidade mudaram de doenças infecciosas para três condições crônicas: doenças cardíacas, acidente vascular encefálico e câncer, provocando mudanças na atuação e abordagem do médico frente a essa prevalência de patologias e enfatizando seu papel moral (PASTURA; LAND, 2019).

Frente a uma variedade de contextos sociais, a profissão médica priorizou salvaguardar e transmitir valores que incluíam a preservação da vida e da saúde, a responsabilidade de justificar a confiança dos pacientes e as demandas por autonomia nos julgamentos e na alocação de recursos. Nesse contexto, de acordo com MacIntyre, esses alicerces da medicina demandam virtudes do médico necessárias à prática ética, sendo elas a justiça, a generosidade, a temperança e a humildade (PASTURA; LAND, 2019).

Em 1988, através da Constituição Federal brasileira (BRASIL, 1988), foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, produto da luta pela Reforma Sanitária e de numerosas disputas políticas, somadas à intensa participação dos movimentos sociais. Por conseguinte, no Brasil, a saúde é uma garantia constitucional assegurada no caput do artigo 196 da Constituição, que afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas [...]”. Assim, a instituição do SUS, através da Lei nº 8.080/90, obedece aos princípios de universalidade de acesso de todos os brasileiros, de equidade na assistência, em busca da justiça social, sem preconceitos e privilégios de qualquer gênero, e de integralidade da assistência, favorecendo a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Logo, se todos os usuários do SUS têm direito ao acesso totalmente gratuito e à assistência justa e completa em busca do tratamento eficiente, cabe, também, ao médico a aplicação máxima das virtudes descritas anteriormente por MacIntyre.

Durante esses 30 anos, o SUS sofreu importantes mudanças no que tange à atenção à saúde da população. A ampliação da oferta e disponibilidade de serviços e profissionais nas redes de atenção básica são apenas alguns dos efeitos de políticas específicas que surtiram efeito no Brasil. Destarte, a evolução de estruturas ambulatoriais, hospitalares, assim como o aprimoramento dos recursos humanos e da utilização dos

serviços de saúde, possibilitou a ampliação do acesso às consultas médicas no serviço público de saúde (VIACAVA *et al.*, 2018).

Ademais, o SUS possui ainda uma rede de instituições de ensino e pesquisa, como escolas de saúde pública, institutos e universidades associadas ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde estaduais e municipais, que colaboram para a produção científica, a perpetuação de valores e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao SUS, permitindo a formação de profissionais da área da saúde bem capacitados (CAMPOS, 2018).

O cenário da formação em saúde no país foi fortemente influenciado pela importação de modelos externos. Esse modelo, centrado na doença, em sua dimensão individual e biológica, foi consolidado a partir do Relatório Flexner, de 1910, que versava sobre a qualidade da formação médica nos Estados Unidos e no Canadá. No Brasil, a formação médica precisa estar quantitativa e qualitativamente adequada às exigências do SUS a fim de garantir a universalidade e integralidade da atenção à saúde, bem como a sustentabilidade desse próprio sistema. Outrossim, apresentar a instituição medicina – enquanto produção sócio-histórica – como tema importante para os cursos de graduação implica oportunizar aos estudantes condições de se posicionar criticamente em relação àquele que será seu objeto de estudo ao longo de sua vida profissional (MATIAS *et al.*, 2019).

Sendo assim, a partir do final do século passado, com a criação do SUS, configurou-se como um desafio para a educação médica a formação de profissionais aptos a essa nova realidade de integralidade da atenção, atuantes em ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, compromissados com todos indistintamente, e que atendessem às suas demandas dentro do SUS, de forma a obedecer aos princípios de universalidade, equidade e integralidade (LOPES; BICUDO; ANTÔNIO, 2016). Frente a essa vigência, é fundamental entender como essa formação e adaptação durante a graduação médica podem contribuir para assegurar as necessidades do modelo assistencial do SUS, visando favorecer o sucesso da implantação curricular (REIS *et al.*, 2017).

A partir desse contexto, surgem também as políticas de humanização e atenção à saúde, tornando-se necessária a compreensão do processo de humanização em relação à saúde pública no Brasil. A postura

ética é fundamental porque é por meio dela que adquirimos respeito, confiança e credibilidade dos superiores, colegas de trabalho, demais colaboradores do sistema e pacientes. Dessa maneira, o profissional passa a ser reconhecido não apenas pelo seu trabalho, mas também por sua conduta exemplar (VIACAVA *et al.*, 2018).

A conduta ética deve ser intrínseca à rotina dos médicos, estando presente em todas as relações, procedimentos e decisões. Contudo, em muitos casos no SUS, é possível observar que alguns profissionais ainda desconhecem ou ignoram a humanização da prática médica, agindo de forma individualista e inadequada no tratamento dispensado ao paciente (CAMPOS, 2018).

Esse tipo de conduta é demonstrado por termos ideológicos da própria sociedade brasileira. No nosso país, é evidente que os valores dominantes tendem mais para o individualismo do que para a solidariedade, a coletividade e a igualdade, divergente do modelo de bem-estar social que é utilizado por países europeus. Como consequência, observa-se a prevalência do modelo médico hegemônico centrado mais na doença, no tratamento e nos hospitais em detrimento da promoção e prevenção da saúde na comunidade, na atenção básica e no entendimento da complexidade que envolve o indivíduo como um todo (PAIM, 2018).

Apesar da evolução do SUS durante os anos, há ainda carência da infraestrutura pública, pouco planejamento ascendente e obstáculos na montagem de redes de regionalização que traduzem a dificuldade de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. Os escassos recursos do SUS colaboram para a persistência de problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores. Dessa maneira, os investimentos para a contratação de novos empregados e a ampliação da infraestrutura pública são limitados. Diante dessa realidade, a privatização é favorecida, dando poder ao setor privado sobre essa preciosidade pública e culminando em um boicote passivo do SUS (PAIM, 2018).

Outrossim, nesse cenário de caos da saúde pública brasileira, os problemas de investimentos e corrupção propiciam o descaso com os serviços de saúde, já que as problemáticas não estão apenas relacionadas ao volume de gastos, mas sim à natureza das fontes e do seu uso para finalidades desalinhadas com a construção de um sistema universal de saúde.

Nesse sentido, estrutura-se um quadro de precarização e insuficiência da oferta dos serviços públicos frente à expansão da privatização, sem que seja ponderada de fato a importância da dignidade fundamental do atendimento e, conseqüentemente, corroborando o aumento de irregularidades nas condutas médicas desse sistema (SILVA; BATISTA; SANTOS, 2017).

Assim sendo, a realidade econômica do país tem acarretado o desmonte e o sucateamento do SUS, o que inibe o processo de humanização e atendimento de qualidade na área da saúde pública. Logo, esse sucateamento perturba o suporte ao profissional em todos os âmbitos, prejudicando o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente e, como resultado, afetando a qualidade do atendimento. Além disso, a infraestrutura dos espaços e a equipagem técnica necessária influenciam diretamente no processo de saúde-doença dos pacientes. Haja vista que é imprescindível perceber a saúde de maneira ampliada, não apenas como a ausência de doença, se faz necessário compreender que existem fatores e condições que determinam o processo de adoecimento dos indivíduos. Um exemplo claro desses determinantes de saúde é a desumanização dos espaços de saúde e da relação entre esses profissionais e os pacientes (GODOY *et al.*, 2019).

Nesse sentido, o desmonte e o sucateamento da saúde, além de provocarem desmotivação dos profissionais de saúde do local, principalmente pela falta de recursos, são desencadeadores de processos de desumanização nos espaços de saúde. Assim, muitas vezes os usuários do SUS são submetidos a realidades degradantes, a procedimentos cirúrgicos desprotegidos, a maior risco de infecções e a iatrogenias. Nesse contexto, a Carta Magna é ferida, e o direito à saúde desses cidadãos é desrespeitado. O resultado disso é um SUS pobre para pessoas pobres, com a conseqüente deslegitimação da saúde como um direito no Brasil a partir de um projeto de desmonte por uma saúde privatizada (GODOY *et al.*, 2019).

Comentário da especialista⁷⁰

O texto retrata política e historicamente o surgimento do SUS e sua evolução ao longo do tempo, bem como traz importantes reflexões

sobre a formação do profissional médico, a ética médica e a medicina. Sabemos que não é possível a produção de saúde de qualidade sem financiamento, assim, infelizmente, assistimos ao sucateamento do SUS, sem que a própria sociedade se dê conta dos riscos que sempre nos rondaram e que agora parecem mais claros do que nunca.

A quem interessa um SUS enfraquecido, subfinanciado, que não ofereça uma saúde de qualidade e resolutive? Precisamos não apenas refletir, mas trazer essas questões a serem discutidas de forma articulada dentro da sociedade civil organizada, instâncias de controle social como os conselhos e conferências de saúde, instâncias políticas, universidades e serviços públicos de saúde. Trata-se de uma agenda urgente de nossa sociedade! Não temos mais tempo a perder e contemplar passivamente o desmonte da saúde pública brasileira. Se nós, trabalhadores do SUS, não levantarmos essa organização necessária em defesa do SUS, seremos também, junto com os usuários, gravemente prejudicados.

Já está claro para a Organização Mundial da Saúde que os melhores sistemas de saúde do mundo, os que obtêm os melhores resultados e com os menores custos, são aqueles públicos, únicos, baseados em uma atenção primária forte, de qualidade e resolutive. O Brasil vem tentando reordenar o modelo médico centrado e hospitalocêntrico para o modelo usuário-centrado, capaz de responder em tempo oportuno às necessidades de saúde da população mediante o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, tendo como base e coordenadora do cuidado a Rede de Atenção Primária. Essa nova configuração vem se desenhando desde 1994, a partir do surgimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, hoje Estratégia de Saúde da Família. Conseguimos observar claramente a expansão da atenção primária em todo o território nacional. Sabemos que aumentar a resolutividade dessa rede e sua real articulação com as demais redes, de forma poliárquica, ainda permanece como um grande desafio para os municípios, os estados e o Governo Federal, na medida em que envolve questões estruturais, de educação continuada, formação de trabalhadores no SUS e para o SUS, valorização profissional e financiamento.

Para tanto, é primordial a união de esforços dos três entes federados e das universidades, que devem assumir um papel importante na formação dos profissionais da saúde no SUS, especialmente na sua Rede de

Atenção Primária, não só na graduação, como também na pós-graduação e na educação permanente dos trabalhadores. Mediante a construção de contratos públicos entre as universidades e o SUS municipal e estadual, com definição clara de papéis, metas, objetivos, acompanhamento de avaliação constante, poderemos alcançar melhores resultados. Também é possível a realização de consórcios intermunicipais visando unir esforços para organizar melhor a Rede de Atenção Especializada, seus serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede de Saúde do Trabalhador, bem como melhorando os serviços da Rede de Urgência e Emergência e especialmente na Rede de Atenção Hospitalar, fortalecendo os hospitais regionais. O Ministério da Saúde tem papel importante em desenhar legalmente as normatizações para os contratos organizativos, instruindo estados e municípios no delineamento dos seus papéis, bem como do papel das universidades.

Da mesma forma, as Secretarias de Estado da Saúde devem se responsabilizar para organizar os consórcios intermunicipais, visando o melhor acesso, organização e articulação das demais redes. O SUS mostrou toda a sua potencialidade, mesmo com seu sucateamento e desvalorização, durante a pandemia, inclusive com a perda de muitos dos seus trabalhadores, que não mediram esforços para se manterem na linha de frente. A saúde não pode ser considerada um bem de consumo e sim um bem inalienável do ser humano, um direito, e, como assegura a nossa Constituição, um dever do Estado. As questões da saúde não podem ficar à mercê de mercado financeiro e nem de governos que se sucedem a cada quatro anos, mas precisa ser encarada como política de Estado, pilar imutável de uma nação que pretende se desenvolver. Um país saudável produz riqueza a nível individual e coletivo, riqueza essa que, bem aplicada e distribuída, gera mais riqueza e desenvolvimento para todos. Uma nação sem saúde, assim como sem educação, é uma nação sem futuro. Ter saúde é primordialmente ter condições de viver, trabalhar e prover seu sustento, de sua família e da coletividade.

Saúde e educação não devem ser negócios como outros quaisquer, devem ser garantidas constitucionalmente e na prática, de forma pública, única e igualitária para todos. Podemos avançar nessa direção, os países desenvolvidos que fizeram essa aposta já conseguiram.

Precisamos nos organizar enquanto sociedade-nação e lutar por nossos direitos, cumprir nossos deveres e não aceitar mais um SUS de pobres para pobres, mas sim um SUS de todos para todos. O SUS é a maior conquista social do povo brasileiro, e é dever de todos lutar por ele e contra a mercantilização da saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 13 ago. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciênc. saúde colet.**, [S. l.], v. 23, n. 6, p. 1707-1714, jun. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05582018.

GODOY, A. M. *et al.* Desmonte e sucateamento do SUS e desumanização dos espaços de saúde: um relato de experiência. **Revista Educação em Saúde**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 155-159, 2019. Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/3820/2658>. Acesso em: 13 ago. 2022.

LOPES A. M. C.; BICUDO A. M.; ANTÔNIO M. A. R. G. A evolução do interesse do estudante de medicina a respeito da atenção primária no decorrer da graduação. **Rev. bras. educ. med.**, [S. l.], v. 40, n. 4, p. 621-626. 2016. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n4e00732015.

MATIAS, M. C. *et al.* O Programa Mais Médicos no contexto das estratégias de mudança da formação médica no país: reflexões e perspectivas. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 28, n. 3, p. 115-127, set. 2019. DOI: 10.1590/s0104-12902019170830.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde colet.**, [S. l.], v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.09172018.

PASTURA, P. S. V. C.; LAND, M. G. P. Alasdair MacIntyre's writings on medicine and medical ethics. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 27, n. 4, p. 621-629, dez. 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019274346.

REIS, K. M. N. *et al.* Formação e percepção do profissional médico sobre a saúde pública. **Revista Científica Fagoc Saúde**, [S. l.], v. 2, p. 80-89, 2017. Disponível em: <https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/saude/article/view/290/302>. Acesso em: 13 ago. 2022.

SILVA, A. C.; BATISTA, J. H. S.; SANTOS, W. C. M. Desmonte e sucateamento do SUS: o ataque neoliberal à política de saúde no Brasil. **Anais Seminário FNCPS: Saúde em Tempos de Retrocessos e Retirada de Direitos**, v. 1, n. 1, 2017. Disponível em: <https://1library.org/document/zg9vno8q-desmonte-e-sucateamento-do-sus.html>. Acesso em: 13 ago. 2022.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. saúde colet.**, [S. l.], v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.06022018.

Relações interprofissionais no cuidado multidisciplinar em saúde

Victor Barreto Santos⁷¹

Lúcia Yasmim Santos Feitosa⁷²

Ana Cristina Freire Abud⁷³

O hospital é um espaço de poder e dominação, mesmo que isso ocorra, na maioria das situações, de forma velada e natural. Tal poder é exercido através da disciplina, da hierarquia e do conhecimento, assim como nas instituições militares (FOUCAULT, 1987).

Tais disputas de poder ocorrem tanto inter quanto intraprofissionais e, segundo Foucault, são passíveis de dissolução, restando apenas aos profissionais buscar amenizar a situação para que o ambiente de trabalho seja mais leve e agradável, bem como para que o usuário do serviço de saúde receba um tratamento digno (CARNEIRO *et al.*, 2020).

Além disso, existe todo um histórico do profissional no ambiente de trabalho que pode desordenar a lógica do poder e da hierarquia. Um técnico em enfermagem experiente naquele ambiente pode fazer uso do contrapoder diante de um enfermeiro inexperiente. O mesmo pode ocorrer entre um médico jovem e recém-chegado ao hospital e um enfermeiro mais destro, que conhece bem o funcionamento da instituição, por exemplo (CARNEIRO *et al.*, 2020).

71 Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

72 Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

73 Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe (1993), mestrado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (2001) e doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (2013). Atualmente, é professora efetiva do curso de graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe.

Nesse contexto, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa para comparar o discurso de médicos e enfermeiros na perspectiva teórica de Michael Foucault. Quando questionado sobre o que faz um bom enfermeiro, o médico respondeu: “[um bom profissional] é o enfermeiro ágil, que consegue perceber alterações... patológicas no paciente, aquele que consegue entender o que é grave, o que não é grave, e que não tem medo de conversar com o médico, [...] (M4)” (SILVA *et al.*, 2020).

Nota-se, pelo discurso do médico, o desejo pela presença de enfermeiros mais atentos e menos passivos diante das condições clínicas do paciente. Entretanto, quando o enfermeiro foi questionado sobre o que poderia melhorar a relação entre médicos e enfermeiros, ele respondeu: “Eu melhoraria essa questão de os médicos valorizarem mais o trabalho do enfermeiro [...], compreender mais a importância do nosso papel [...] e parar para analisar mais as coisas que a gente fala, é [...] introduzir mais a equipe, até mesmo na corrida de leito, nas discussões de caso, [...] (E3)” (SILVA *et al.*, 2020).

Percebemos aqui o desejo por médicos que valorizem a enfermagem e que permitam enfermeiros mais ativos. Nesse sentido, ambos parecem buscar o mesmo desfecho, a parceria na tomada de decisões, porém, enquanto o médico aponta o enfermeiro como passivo, o enfermeiro aponta o médico como dificultador do seu ativismo.

Alguns autores, corroboram o discurso apresentado acima, do médico e do enfermeiro, à medida que afirmam que os profissionais da saúde querem uma maior integração entre as profissões, mas que, ao mesmo tempo, têm interesses pessoais e almejam autonomia e liberdade. Eles afirmam ainda que apenas a prática interprofissional permite uma saúde centrada no paciente (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Argumenta-se ainda que existe uma falsa simetria no que diz respeito às práticas multiprofissionais, nas quais as condutas ainda não são tomadas de forma conjunta. A resolução desse problema está na prática efetiva dos atributos da própria atividade colaborativa, que são: participação, planejamento, tomada de decisão compartilhada, coordenação, compartilhamento de poder e, sobretudo, parceria e participação do usuário (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

O estudo realizado por Evangelista *et al.* (2016), intitulado “Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação

do processo de trabalho”, também buscou ouvir alguns profissionais da saúde acerca da importância do trabalho multiprofissional. Um dos profissionais ouvidos relatou: “*Então, estamos sempre assim, um crescendo no trabalho do outro, às vezes, alguns pontos que a gente falha o colega acaba corrigindo [...] (K10)*” (EVANGELISTA *et al.*, 2016).

Outro estudo, denominado “Colaboração interprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva: desafios e possibilidades”, também ouviu vários profissionais da saúde sobre a importância do trabalho multiprofissional para o paciente. Os profissionais responderam:

O trabalho integrado traz resultados positivos para o paciente. Melhor eficiência e menos iatrogenia (Médica 1).

A interação da equipe pode influenciar diretamente na qualidade do serviço prestado ao paciente. A equipe integrada percebe melhor seu paciente (Enfermeira 4).

Quando a equipe está coesa, os resultados surgem mais rápidos e positivos (Enfermeiro 7).

Uma equipe que tem um bom relacionamento, leva a um melhor desenvolvimento das atividades no trabalho, resultando em uma melhor assistência ao paciente (Fisioterapeuta 7) (BARROS; ELLERY, 2016).

Quando questionados sobre as dificuldades encontradas na relação com outros profissionais, alguns técnicos de enfermagem apontaram limitações com a categoria médica. Um deles comentou: “*Me relaciono bem como todos os profissionais, mas sinto que a classe médica não confia em nosso trabalho (Técnica de Enfermagem 8)*” (BARROS; ELLERY, 2016).

Desse modo, a existência de conflitos pessoais dificulta fortemente a não realização do trabalho em equipe. Individualismo, falta de cooperação, de comprometimento, de respeito, de comunicação e de responsabilização são alguns dos problemas enfrentados diariamente. Por outro lado, a manutenção de relacionamentos interpessoais saudáveis no ambiente de trabalho pode ser facilitada por diálogo aberto e transparente, respeito e confiança entre os membros, espaços para discussão de ideias por meio de reuniões de equipe, gerenciamento de conflitos e, principalmente, valorização do trabalho em equipe (FERNANDES *et al.*, 2015).

Assim, levando em consideração a propagação recente das práticas em saúde multidisciplinares para melhor cuidado do paciente, uma boa relação entre os profissionais que compõem a equipe multiprofissional é fundamental (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; PIMENTEL, 2017).

Diante disso, avaliando as dificuldades encontradas para estabelecer um bom cuidado multidisciplinar centrado nas boas relações, alguns autores resolveram então questionar se o problema estava na formação dos futuros profissionais. Alguns afirmam que se exploram pouco as atividades conjuntas e, quando elas ocorrem, não possibilitam aos participantes perceber a importância das diferentes categorias profissionais no resultado final. Desse modo, o cuidado multiprofissional, responsável por articular as ações de saúde, integrar os agentes de mudança e superar o distanciamento dos saberes, deixa de ser incentivado, marcando assim a origem das relações conflituosas do trabalho em equipe (PERUZZO *et al.*, 2018).

Observando o cenário, a educação interdisciplinar foi considerada a melhor estratégia para tornar o trabalho dos profissionais da saúde mais harmônico e menos fragmentado. Para isso, a Organização Mundial da Saúde – OMS publicou o “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”, um conjunto de orientações para que as entidades de Ensino Superior modificassem o modelo de ensino atual através da inserção de práticas multiprofissionais (OMS, 2010).

Ademais, ainda em 2010, o *Canadian Interprofessional Health Collaborative* – CIHC apontou que a formação interdisciplinar dos profissionais da saúde é fundamental para a manutenção dos ideais colaborativos (respeito, confiança, tomada de decisão compartilhada e parcerias) no ambiente de trabalho futuro.

Reeves (2016) conta ainda que, para haver uma modificação real do modelo de ensino e, conseqüentemente, do trabalho, é preciso que as instituições mudem drasticamente o método de ensino, aplicando metodologias conjuntas que vão além da sala de aula, como, por exemplo, seminários, simulações e práticas clínicas.

Dessa forma, fica claro que ampliar o conhecimento e saber reconhecer a competência de cada profissão resultam na soma de benefícios prestados ao paciente. Além disso, é preciso mencionar que uma evolução relevante no que diz respeito às boas relações interprofissionais

só será possível diante de uma formação acadêmica que valorize a multiprofissionalidade. Nesse aspecto, a Bioética, enquanto disciplina, desponta como uma possibilidade de instrumentalizar os profissionais de saúde para o enfrentamento dos conflitos éticos possíveis diante de métodos de trabalho hierarquizados, em que as relações de poder são institucionalizadas.

Comentário da especialista⁷³

O texto apresenta a realidade existente nas relações interpessoais, oriunda da prática multiprofissional em saúde, e traz a contextualização histórica de tais conflitos.

Além disso, aponta elementos como: o conhecimento científico, o respeito mútuo e a valorização do trabalho, os quais podem contribuir para a melhoria das relações interpessoais. Para que as mudanças nos processos multiprofissionais aconteçam, tais elementos devem ser inseridos como conteúdos nos planos de ensino dos cursos. O objetivo é preparar o futuro profissional para a formação de parcerias e o enfrentamento de conflitos éticos que venham a ocorrer.

Aliado a esses elementos, pode-se acrescentar o diálogo como peça fundamental nas relações. Corroborando essa afirmação, Previato e Baldissera (2018) desenvolveram um estudo sobre a comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde e concluíram que aspectos antidialógicos da comunicação entre as equipes dificultam a prática interprofissional colaborativa. Para esses autores, o uso dessa prática otimiza os processos de cuidado ao paciente e aprimora a eficiência nos serviços.

Nessa direção, vale ressaltar que a comunicação é considerada uma ferramenta essencial no cuidado ao paciente. Para tanto, é recomendado que os profissionais saibam utilizá-la corretamente, caso contrário, podem pôr em risco a segurança do paciente. Petry, Chesani e Lopes (2017) analisaram o processo de comunicação em uma unidade de serviço hospitalar e encontraram falhas na comunicação tanto em relação a gestores quanto aos demais profissionais. Foi evidenciada uma comunicação frágil no que se refere à colaboração, ao respeito e à solidariedade com os colegas.

Destarte, considerando o cumprimento de metas e objetivos da instituição, principalmente na área de saúde, a qual busca o bem-estar do paciente, os profissionais devem priorizar relações sadias e decisões compartilhadas, evitando diálogos unilaterais e processos de trabalho multifacetados.

REFERÊNCIAS

- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 20, n. 59, p. 905-916, 13 maio 2016. DOI: 10.1590/1807-57622015.0511.
- BARROS, E. R. S.; ELLERY, A. E. L. Inter-professional collaboration in an Intensive Care Unit: challenges and opportunities. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 10, 21 fev. 2016. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000100003.
- CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. College of Health Disciplines. University of British Columbia. **A national interprofessional competency framework**. Vancouver, Canadá, fev. 2010. Disponível em: https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf.
- CARNEIRO, E. C. S. P. *et al.* Conflitos intraprofissionais de médicos e enfermeiros: reflexão sobre o poder em Michel Foucault. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 5, p. 320, 5 abr. 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i5.3320.
- EVANGELISTA, V. C. *et al.* Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 69, n. 6, p. 1099-1107, dez. 2016. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0221.
- FERNANDES, H. N. *et al.* Interpersonal relationships in work of multiprofessional team of family health unit. **Rev Pesq Cuid Fundam**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 1915-1926, 2015. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1915-1926.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: história da violência nas prisões. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra: 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/.
- PERUZZO, H. E. *et al.* The challenges of teamwork in the family health strategy. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 22, n. 4, p. 1-9, 2 ago. 2018. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0372.
- PETRY, K.; CHESANI, F. H.; LOPES, S. M. B. Comunicação como ferramenta de humanização hospitalar. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 77-85, maio/ago. 2017.

PIMENTEL, D. **Relações e conflitos éticos na prática de médicos e enfermeiros**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2017.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface, comunicação, saúde e educação**, v. 22, supl. 2, p. 1535-1534, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016. DOI: [10.1590/1807-57622014.0092](https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092).

SILVA, T. W. M. *et al.* Configuration of power relations in physicians and nurses' professional practices. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 73, n. 1, p. 1-9, 2020. DOI: [10.1590/0034-7167-2018-0629](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0629).

Ética em perícias médicas e o sistema de aposentadoria do Brasil

Rebeca Meneses Santos⁷⁴

André Luiz Gois de Oliveira⁷⁴

Gilberto Bezerra Ribeiro⁷⁵

Medicina Legal é a área que fornece conhecimentos técnicos da medicina a serviço do Direito, elucidando provas que necessitam da visão específica para a autoridade judicial. A atuação vai além da criminologia, abrangendo as perícias de ordem trabalhista, administrativa, previdenciária e securitária (CHAVES *et al.*, 2016).

Segundo Genival Veloso de França, perícia médica é o conjunto de procedimentos médicos e técnicos que têm como finalidade o esclarecimento de um fato de interesse da justiça ou um ato pelo qual a autoridade procura conhecer, por meios técnicos e científicos, a existência ou não de certos acontecimentos, capazes de interferir na decisão de uma questão judiciária ligada à vida ou à saúde do homem ou que com ele tenha relação (FRANÇA, 2015).

O Conselho Federal de Medicina conceitua o médico perito como “profissional especializado em determinados ofícios, artes ou ciências, capaz de conduzir quem quer que seja à verdade, quando para tal é solicitado”. Sabe-se que o perito deve seguir regras de conduta ou princípios, assim como possui deveres bem definidos. Para que trabalhe sempre à luz dos valores éticos, o profissional deve possuir características

74 Graduados em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

75 Médico pela Universidade Federal de Sergipe. Especialista e doutorando em Bioética pela Universidade do Porto. Membro da Associação Latino-Americana de Direito Médico. Professor assistente do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Membro da SBOC. Perito judicial.

que venham a condizer com o perfil exigido. É importante ressaltar a diferença existente entre o médico perito e o médico auditor/assistente técnico. O médico auditor realiza fiscalização, controle e avaliação de atendimentos prestados, processos e procedimentos realizados a fim de detectar eventuais distorções e melhorar a qualidade dos serviços (NAKANO; RODRIGUES FILHO; SANTOS, 2012). O médico assistente técnico, por sua vez, tem por função garantir a imparcialidade da perícia, pois representa cada parte do processo, emitindo o parecer, documento legal que registra suas percepções (EPIPHANIO; VILELA, 2009).

No ano de 2021, houve uma mudança acerca da antiga Resolução nº 2.183/2018, que tratava das normas específicas para médicos que atendem ao trabalhador, sendo ela revogada e seus ditames reformulados pela Resolução nº 2.297/2021. É importante ressaltar que essa nova resolução trata não apenas da saúde do trabalhador, mas também da perícia médica, portanto duas esferas de assistência. Segundo profissionais da área, os novos ditames abrem precedentes para erros de interpretação tanto para os médicos como para juízes, a exemplo da definição do nexo de causalidade entre transtornos de saúde e as atividades do trabalhador. Nesse sentido, cabe ao médico perito recorrer à lei de forma minuciosa para não cair em equívocos (SOUZA, 2021).

A relação entre médico perito e periciado traz consigo semelhanças e diferenças no que tange à relação entre médico assistente e paciente no cotidiano. Enquanto a relação médico-paciente é pautada na confiança e na cooperação, a relação médico-periciado tem base na falta de confiança mútua e na relação conflituosa. Os princípios que regem a medicina clássica são o da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Já os que regem a perícia são os da equidade e da justiça social. Por fim, os objetivos da propedêutica clássica são a terapêutica, o compromisso com o paciente, mantendo o sigilo profissional, enquanto na perícia médica os objetivos são produzir provas, ter compromisso com a justiça, com o dever legal de prestar esclarecimento ao juízo. Como semelhanças, há os valores, como respeito, cordialidade, ausência de julgamentos morais, compromisso e esclarecimento dos procedimentos (SILVA *et al.*, 2017).

Existem conflitos éticos entre o médico perito e o médico assistente no que tange à discordância de tempo de afastamento das atividades

presumidas por esses profissionais distintos. É importante frisar que existe uma hierarquia de decisões, sendo o atestado do médico perito superior ao do médico assistente. Dessa forma, caso o médico perito não dê afastamento proposto pelo assistente, o paciente não poderá estar afastado. Não há infração ética, a não ser que a conduta do perito ocasione algum dano ao periciado (TACCOLA, 2020).

A atividade pericial é regulada pelo Código de Processo Penal – CPP, em seus artigos 149, 158 a 184, e 275 a 281. Vale frisar que, a partir da Lei nº 11.690/2008, o artigo 159 do CPP sofreu alterações, deixando de ser obrigatória a realização da perícia por dois peritos e instituindo a necessidade de apenas um perito, desde que oficial, para realizá-la. Caso o processo seja de natureza complexa, mais de um perito pode atuar de forma oficial, uma vez que necessita de uma abordagem pluridisciplinar (BRASIL, 1941; BITTAR, 2021).

A legislação que rege a sua atuação sob o ponto de vista ético é o Código de Ética Médica, em seu Capítulo XI, artigos 92 a 98. Nessa legislação, define-se que é vedado ao perito assinar documentos médico-legais sem que tenha examinado o paciente; ser o perito de pessoas próximas ou de empresas em que atue ou já tenha atuado, a fim de evitar conflitos de interesses; interferir na perícia de outro médico ou explanar suas conclusões para o periciado, trazendo, portanto, as informações apenas no laudo médico; realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios; receber valores ou gratificações em caso de sucesso da causa; autorizar, vetar ou modificar procedimentos propedêuticos e terapêuticos já instituídos e, por fim, deixar de atuar com isenção (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Quanto à sua atuação na avaliação de um erro médico, observa-se que o corporativismo e a solidariedade profissional podem ser uma fronteira para a devida avaliação, levando o médico perito a não registrar todas as informações relevantes para que um juiz dê a sentença adequada. É importante que os princípios da justiça e da autonomia do periciado sejam sempre postos em pauta (CASTRO, 2022).

Existem cinco grandes áreas da perícia médica, a saber: administrativa (relativa ao servidor público civil ou militar), judicial (visa informar

alguma autoridade sobre fato próprio de sua especificidade funcional, no interesse da justiça e da administração), médico-legal (diz respeito ao esclarecimento de acontecimentos que interferem na decisão judiciária ligada à vida ou à saúde do homem), securitária (ligada à Medicina de Seguros e ao ramo de seguro de pessoas) e previdenciária (emite parecer técnico conclusivo quanto à avaliação da incapacidade laborativa) (NAKANO; RODRIGUES FILHO; SANTOS, 2012).

Uma vez que a perícia médica é um importante instrumento na Previdência Social, faz-se mister que haja uma explanação acerca desse sistema. Hoje, no Brasil, existem três sistemas de aposentadoria, sendo o Regime Geral da Previdência Social – RGPS a modalidade que inclui todos os trabalhadores que contribuem para o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, como os de iniciativa privada, funcionários públicos, militares e integrantes dos Poderes Judiciário, Legislativo e Executivo. Já o Regime Próprio de Previdência Social – RPPS é organizado pelos estados e municípios para os servidores públicos em cargos públicos que exigem concurso. Por fim, a Previdência Complementar proporciona ao trabalhador um seguro previdenciário adicional, conforme sua vontade (CAETANO, 2016).

A perícia médica faz parte da rotina de grande parte dos médicos. Por ser um tema abrangente, requer formação complementar para que o profissional tenha conhecimento mais aprofundado sobre o assunto. Os principais benefícios concedidos que envolvem a perícia médica são o auxílio-doença, a aposentadoria por invalidez, o auxílio-acidente e o Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social – BPC/LOAS (NOGUEIRA JÚNIOR, 2015). Ainda há a reabilitação funcional, o reconhecimento de nexos técnicos, a pensão por morte, a isenção de imposto de renda e o enquadramento de exposições para aposentadoria especial (NAKANO; RODRIGUES FILHO; SANTOS, 2012).

Existe uma gama de problemas inerentes à perícia previdenciária, sendo o dano moral relativo ao erro da perícia no INSS o maior deles. Dano moral é aquele que causa danos à personalidade da pessoa, sua própria existência, sua honra, sua dignidade, sendo um dano sofrido em seu íntimo. No âmbito previdenciário, abrange a perda de documentos do periciado, a concessão tardia do benefício, ofensas diretas ao periciado, perícia equivocada, entre outros. O erro médico é o cerne

do problema, uma vez que, geralmente, retira a concessão de benefícios daqueles que claramente estão incapacitados, dando margem à interpretação de que as perícias são realizadas de forma genérica e já com enfoque negativo desde o início. A contradição existente entre os laudos dos peritos do INSS e os dos particulares é um fato que exemplifica muito bem essa realidade. Dessa forma, o trabalhador está incapaz de desempenhar a sua função, afastado do trabalho e, ainda, sem o direito de receber seu benefício, ficando desamparado econômica e socialmente. Para ser reparado judicialmente, o trabalhador necessita estar ciente do Código Civil (art. 206) e do Decreto nº 20.910/32 (BARROS, 2019).

Durante a pandemia de SARS-CoV-2, o exercício da perícia para o INSS ficou prejudicado, tendo os médicos peritos lançado mão da telemedicina. Tal modalidade de consulta (teleperícia) levantou muitos questionamentos. Afinal, dar um laudo pericial sem consulta direta é ético? Segundo o CFM, não. Para esse Conselho, o médico perito que utiliza recurso tecnológico para exame do periciando afronta o Código de Ética Médica, fundamentando-se no “princípio do máximo zelo”. Já o Conselho Nacional de Justiça aprova o uso de recursos tecnológicos para a realização de perícias, criando uma difícil dicotomia para esse profissional (FIGUEREDO; CHAGAS, 2021).

Comentário do especialista⁷⁵

Para iniciarmos uma visão acerca de Perícia Médica, deveremos desde logo apresentar uma diferenciação entre o que vem a ser um médico assistente, um médico auditor e um médico perito. Todos têm em comum serem formados em Medicina, porém cabe ao médico assistente a responsabilidade de atenção ao paciente no tocante à prevenção, à propedêutica, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação ou, quando não mais seja possível tratar, providenciar cuidados paliativos aos pacientes. Tem como missão principal, ainda, estimular o aperfeiçoamento de sua especialidade médica, incentivando sua presença em cursos, jornadas, simpósios e congressos para uma continuidade efetiva dos progressos em medicina (FRANÇA, 2007).

Por sua vez, a auditoria médica é um mecanismo de aferição e controle dos recursos e procedimentos disponibilizados para a atividade médica, tendo parecer consulta – PC 11/99 do CFM, que diz:

A Auditoria Médica é um conjunto de atividades e ações de fiscalização, de controle e de avaliação dos processos e procedimentos adotados, assim como o atendimento prestado, objetivando sua melhor adequação e qualidade, detectando e saneando-lhes eventuais distorções e propondo medidas para o seu melhor desempenho e resolutividade.

O CFM editou também a Resolução nº 1.614/2001, a qual disciplina a função de auditoria médica (FONSECA, 2018). Essa resolução tem importância significativa, pois traz uma proibição do auditor ou do perito de autorizar, vetar ou modificar procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos pelo médico assistente, salvo em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, devidamente comprovados como expressamente descrito em seu art. 8º: *“É vedado ao médico, na função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, nesse caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente”*.

Outro fator de relevância para o médico auditor é que seus honorários não podem ser vinculados aos resultados, especificamente as *glosas* (CFM nº 1.614/01). Para ser um perito judicial nas diversas áreas de atuação, pode ser um contador, engenheiro, arquiteto, médico, administrador, economista, profissional de informática, entre outros que tenham curso superior, de qualquer sexo ou idade, não é necessário que seja funcionário público e não tem ligação direta e permanente com os quadros da justiça. É como se fosse um profissional liberal, sendo nomeado especificamente para realizar perícias em processos que necessitem de conhecimento técnico e científico, cujos resultados periciais finais serão a emissão de laudos com finalidade de suprir as insuficiências técnicas de um magistrado.

As perícias, por sua vez, são constatações materiais que visam explicar causas e efeitos, podendo se utilizar de exemplos, simulações, figurações, desenhos ou tudo o que possa ajudar os leigos a entenderem aquilo de que se fala. Essas perícias podem ser judiciais ou extrajudiciais, sendo que as primeiras dizem respeito àquelas que ocorrem no âmbito da justiça nos diversos tipos de ações; já as extrajudiciais são

aquelas que não envolvem a justiça diretamente, porém, no futuro, têm chance de serem lançadas à mão para serem utilizadas como provas que irão fundamentar o ingresso de um processo judicial.

São qualidades substanciais exigidas de um perito: a honestidade e a apresentação de um trabalho de boa qualidade. A honestidade se robustece com a imparcialidade total e o rigor ético-moral do perito; já a qualidade será conferida com a apresentação de seus laudos de maneira clara, sem ser prolixo, com fundamentação técnica necessária, cumprindo o prazo determinado de entrega do laudo (JULIANO, 2012).

Por outro lado, a realização da perícia criminal está disposta na Lei nº 12.030/2009, no seu artigo segundo, no qual se exige para tal o concurso público, com formação acadêmica específica, para o provimento de cargo de perito oficial, sendo esses funcionários públicos investidos no cargo, prestando compromisso com a verdade no momento da investidura, não necessitando repeti-lo a cada exame que realizam, sendo portanto imposto que as perícias médico-legais serão realizadas por peritos escolhidos entre os técnicos dos estabelecimentos oficiais especializados (Secretaria de Segurança Pública – SSP) (BITTAR, 2015).

Assim, diante do exposto, pode-se perceber a importância das perícias médicas e a necessidade de treinamentos técnico e ético que supram as demandas que são feitas a esses profissionais.

REFERÊNCIAS

BARROS, M. V. M. A. O dano moral em decorrência de erro médico nas perícias do INSS. **Revista Brasileira de Direito Social**, v. 2, n. 2, p. 40-60, 2019.

BITTAR, N. **Medicina legal e noções de criminalística: revista e atualizada**. [S. l.]: Editora Foco, 2021.

BRASIL. **Código de Processo Penal**. Brasília, 1941. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm.

CAETANO, F. Quais são as formas de aposentadoria que existem? Como funciona a regra de Cálculo 85/95 Progressiva? E o que é o fator previdenciário? **Jusbrasil**, 2016. Disponível em: <https://fabiano.caetano.jusbrasil.com.br/artigos/256201676/quais-sao-as-formas-de-aposentadoria-que-existem-como-funciona-a-regra-de-calculo-85-95-progressiva-e-o-que-e-o-fator-previdenciario>. Acesso em: 12 abr. 2020.

CASTRO, H. R. V. **Atuação ética do perito judicial ao avaliar o erro médico**. Disponível em: <https://acperitos.com.br/cientifico/atuacao-etica-do-perito-judicial-ao-avaliar-o-erro-medico>. Acesso em: 29 jun. 2022.

CHAVES, L. L. G. *et al.* Residência médica em Medicina Legal e Perícias Médicas: a formação técnico-científica do perito. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 21, n. 2, p. 63-66, 2016. DOI: 10.11606/issn.2317-2770.v21i2p63-66.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 22 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 19 jul. 2021.

EPIPHANIO, E. B.; VILELA, J. R. P. X. **Perícias médicas: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

FIGUEREDO A. M.; CHAGAS C. A. A. Telemedicina Aplicada na Perícia Médica: Análise Ético-Legal e Técnica Sobre a Produção da Prova Pericial Durante a Pandemia de SARS-CoV2/COVID-19. **Persp Med Legal Pericias Med**, v. 6, 2021. DOI: 10.47005/060103.

FONSECA, H. C.; FONSECA, M. P. **Direito do médico, de acordo com o novo CPC**. 1. reimpr. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2018.

FRANÇA, G. V. Introdução ao estudo de Medicina Legal. **Medicina Legal**, Guanabara Koogan, Brasil, p. 19-20, 2015.

FRANÇA, G. V. **Direito médico**. 9. ed. Versão atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

JULIANO, R. **Manual de Perícias**. 4. ed. Rio Grande: Curso à Distância Perícia Judicial online, 2012.

NAKANO, S. M. S.; RODRIGUES FILHO, S.; SANTOS, I. C. Perícia Médica. *In*: BRAGA B. E. *et al.* **Perícia médica**. Brasília: Conselho Federal de Medicina; Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, 2012. p. 25-41.

NOGUEIRA JÚNIOR, J. H. **Perícia médica previdenciária: o que estudantes e médicos sabem sobre o tema?** Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2015.

SILVA, A. T. G. *et al.* Relação Médico-Paciente e Relação Perito-Periciando: diferenças e semelhanças. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 22, n. 1, p. 50-55, 2017. DOI: 10.11606/issn.2317-2770.v22i1p50-55.

SOUZA, R. T. P. **Análise crítica sob a ótica do Direito Médico acerca da Resolução CFM no 2297/2021**. Disponível em: <https://www.saudeocupacional.org/2021/12/analise-critica-sob-a-otica-do-direito-medico-acerca-da-resolucao-cfm-no-2297-2021.html>. Acesso em: 29 jun. 2022.

TACCOLA, M. A. O. Existe infração ética quando o perito tem entendimento diverso do médico assistente? Disponível em: <https://www.sacaprevi.com.br/artigo/existe-infracao-etica-quando-o-perito-tem-entendimento-diverso-do-medico-assistente>. Acesso em: 29 jun. 2022.

Como calcular o valor da consulta médica?

Mirella Augusta Bispo Siqueira de Jesus⁷⁶

Carlos Eurico da Luz Pereira⁷⁷

“Conservarei imaculadas minha vida e minha arte”. Essa é uma passagem do famoso e solene juramento de Hipócrates na qual a Medicina é considerada uma arte virtuosa. Com toda essa mística da veneração em torno da profissão, como cita o professor Genival Veloso de França em um dos seus livros, é criada uma visão antagônica entre Medicina e remuneração. No entanto, assim como qualquer outro ofício, a atividade médica possui o direito de ser recompensada de forma lícita e justa, porém não deve se comportar como um mero negócio lucrativo. Tal recompensa não é um salário, mas sim um honorário – pagamento recebido por serviços honrosos –, enfatizando a importância da finalidade social e da responsabilidade civil desses profissionais (FRANÇA, 2017).

O honorário médico é regido por um contrato de prestação de serviços *stricto sensu*, tipificado pela obrigação a prestar serviços a outrem em troca de remuneração (FRANÇA, 2017). O Código de Ética Médica elenca no seu segundo capítulo o direito do médico de estabelecer seus honorários de forma justa e digna. Também é dedicado um capítulo inteiro para a remuneração profissional, no qual é vedado ao médico, entre outras práticas, o exercício mercantilista da Medicina. Nesse sentido, fica claro que, apesar de a cobrança de honorários ser um aspecto delicado da relação médico-paciente, não deve excluir a beleza e o compromisso social desse ofício (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

76 Graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

77 Médico pneumologista. Mestre em Farmacologia. MBA em Marketing, Empreendedorismo e Negócios. Autor do livro *Muito Além dos Plantões e Convênios* (Alta Books). Mentor de carreira médica e novos negócios em saúde. Sócio e CIO (*Chief Innovation Officer*) da startup Thummi.

Após o conhecimento acerca das questões histórico-sociais e o respaldo ético-legal sobre a remuneração dos médicos, vamos adentrar os aspectos pragmáticos de como calcular o valor da consulta médica. Existem duas formas de cobrar honorários: conforme acordo prévio ou após o tratamento, sendo este último o mais comum e considerado mais correto. No momento de refletir sobre esse assunto, é importante levar em conta alguns critérios que detalharemos a seguir:

- Condição econômica do paciente. Consiste na cobrança proporcional à posse de cada indivíduo, não justificando a extorsão em caso de riqueza. Esse critério é pouco aplicado, visto que muitos defendem um valor único, considerando o tratamento o mesmo;
- Fama do médico. O valor do honorário deve levar em consideração que os profissionais de maior conceituação selecionam seus clientes;
- Valor do trabalho. Compreende a influência da quantidade e qualidade do serviço prestado na cobrança dos honorários. Devem ser levados em conta o número de serviços efetuados e a natureza da doença;
- Local e hora do trabalho. A distância percorrida, a dificuldade de acesso e o afastamento das atividades normais e lucrativas devem também ser considerados. O valor de uma consulta ambulatorial não é o mesmo de um atendimento domiciliar, por exemplo;
- Uso e costume do lugar. Similar ao primeiro critério, a situação econômica da região e as convenções estabelecidas devem ser ponderadas no que diz respeito à remuneração. É importante salientar que o lugar é o da residência do paciente;
- Êxito dos serviços prestados. Esse não é um pensamento muito aceito, pois a medicina é vista como uma ciência de meios e não de fins, já que a não obtenção de sucesso muitas vezes independe do trabalho realizado (FRANÇA, 2017).

Segundo alguns especialistas em finanças, é preciso também se atentar a alguns parâmetros para precificar os serviços:

- Perfil do consultório: número de salas, médicos, funcionários e horário de funcionamento;
- Tempo médio gasto na consulta: média de tempo gasto que irá influenciar diretamente no custo dos serviços;

- Receita do consultório: diversas formas de arrecadação como consultas de convênio, consultas particulares, aluguéis de sala e retorno de investimentos;
- Gastos: tanto os fixos quanto os variáveis, como gastos extraordinários e de depreciação (GOMES, 2017).

Diante de toda essa abordagem e pensando em garantir uma remuneração digna e equilibrada dos serviços prestados, surgiu a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, da ação unificada da Associação Médica Brasileira, do Conselho Federal de Medicina – CFM e de sociedades de especialidade. Os procedimentos da versão atual são agrupados em 14 portes e subdivididos em três subportes (A, B e C) de acordo com sua complexidade técnica, o tempo de execução, a atenção necessária e o grau de treinamento exigido do profissional que o realiza. A CBHPM também estabelece a unidade de custo operacional – UCO, que representa os gastos com imóvel, aluguéis, mobiliários, folha de pagamento, manutenção e depreciação de equipamentos. Em 2018, o valor de referência da UCO foi reajustado para R\$ 20,47, sendo passível de uma alteração de 20% para mais ou para menos, conforme acordado entre as partes envolvidas (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANÁLISES CLÍNICAS, 2017; COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, 2018).

Uma consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido, por exemplo, corresponde ao porte 2B, com valor atribuído de R\$ 104,64. Já quando esse atendimento é realizado em caráter de urgência ou emergência, haverá um acréscimo de 30% se o ato médico foi praticado entre 19h e 7h do dia seguinte ou em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados. O atendimento em domicílio, por sua vez, é classificado como porte 3A, no valor de R\$ 202,37 (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2016).

A consulta médica, enquanto ato médico completo, deve conter anamnese, exame físico, diagnóstico, prognóstico e prescrição terapêutica. Se por algum motivo for preciso concluir uma dessas etapas posteriormente, como a necessidade de exames complementares, esse novo atendimento para concluir a avaliação não é considerado uma nova consulta e, por conseguinte, não deve ser remunerado. No entanto, se existirem alterações no quadro clínico que demandem uma nova

anamnese, exame físico, diagnóstico, prognóstico e/ou prescrição terapêutica, o retorno é considerado uma nova consulta (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2016).

Conclui-se, portanto, que o cálculo dos honorários médicos de acordo com a CBHPM é o valor do porte somado ao custo operacional quando este pode ser previsto.

Comentário do especialista⁷⁷

Para começarmos a falar sobre como calcular uma consulta médica, o passo inicial é determinar quem é o seu cliente ideal: qual é o perfil de pacientes que você pretende atender, ou seja, qual a *persona* do seu negócio?

Uma vez estabelecido quem é a *persona* do seu negócio, podemos então pensar sobre como será o seu consultório: na estrutura, na localização, na proximidade de meios de transporte populares, no estacionamento disponível, na decoração, no tipo de serviços que você vai oferecer, entre outros detalhes. Tudo parte do princípio do conhecimento do cliente e da jornada que você quer oferecer para ele.

Com o público-alvo determinado, a estrutura em mente e o número de funcionários necessários, você precisa calcular quais são os custos fixos e variáveis do seu consultório. Conhecer seus custos é parte indispensável no cálculo do valor da sua consulta (na tabela 1 apresento os custos médios de um consultório).

Um dos maiores erros que um médico pode cometer é não conhecer ou não projetar os números (indicadores) do seu consultório antes de calcular o preço da sua consulta. O valor de uma consulta sendo calculado de forma completamente aleatória, só baseado no que os outros estão cobrando, pode significar a ruína do seu negócio.

Agora com os custos conhecidos (R\$ 12.513,31 do nosso exemplo), precisamos determinar a sua disponibilidade de dias e horários para atendimento e a sua capacidade de número de atendimentos nesse tempo dedicado ao consultório. Quanto tempo dura sua consulta em média? Quantas pessoas consegue atender em uma hora? Em um dia? Em 30 dias? Ex.: um médico que atende em oito turnos semanais no consultório com as seguintes durações (seg/qua/sex: 8h/dia; ter/qui: 5h/dia) trabalha 34 horas semanais/136 horas mensais.

Com esses dados, você consegue calcular o custo por hora da sala de atendimento – $R\$ 12.513,31/136 = 92,00$ (custo hora/sala = R\$ 92,00). Esse valor é muito importante, pois proporciona a ideia clara de quanto você precisa gerar de entradas por hora de atendimento para cobrir seus custos e atingir o lucro desejado.

Então você precisa definir: qual a expectativa de lucro com o seu consultório? Qual valor financeiro você quer gerar de lucro na sua operação por mês? Vamos tomar por exemplo o valor desejado de R\$ 10.000,00.

Quanto quero lucrar? $LD + D / TOC = VPH$ (lucro desejado + despesas / número total de horas de ocupação no consultório = valor que preciso atingir por hora para gerar o lucro desejado). Ex.: LD: R\$ 10.000,00 + despesas: R\$ 12.513,31 = $22.513,31/136 = R\$ 165,53$ /hora. No caso de atender três consultas em uma hora, seria necessário receber um mínimo de R\$55,17 líquido (ou valor bruto de R\$ 76,10 no caso de pessoa física, considerando IRPF de 27,5%, ou R\$ 62,00, considerando pessoa jurídica com IRPJ médio de 11%) de cada atendimento para cobrir os custos e atingir o lucro desejado de 10 mil reais por mês.

Olhando para esses cálculos, você vai perceber que não é fácil, hoje, cobrir suas despesas e gerar o lucro desejado somente atendendo planos de saúde e convênios. No nosso exemplo de um consultório com custo mensal de R\$ 12.513,31, levando em consideração o valor médio líquido (e em alguns até bruto) pago por consulta por planos de saúde, em torno de R\$ 60,00, seria necessário atender 208 consultas por mês para cobrir somente os custos da sua operação, ou seja, em torno de 10 atendimentos convênios/dia se atender todos os dias. Para chegar ao lucro desejado do exemplo de R\$ 10.000,00 por mês, seriam necessários 375 atendimentos por mês.

Existem diferentes formas de calcular o valor de uma consulta médica, ou seja, essa é apenas uma entre diferentes formas, sendo a que eu considero mais prática. O importante é você entender o racional de que precisa haver planejamento em relação à precificação e, de período em período, no mínimo a cada 12 meses, você precisa revisar seus custos, a inflação e recalculá-los o valor cobrado pelas suas consultas para não ficar desatualizado e não corresponder mais às suas expectativas.

Nunca seja o médico com menor valor no mercado! Se você é o médico mais barato, mesmo que você seja tecnicamente muito bom, comparável ou até melhor que os seus demais colegas, você não vai gerar a

percepção adequada de valor por parte das pessoas. A tendência humana é valorizar produtos de valor mais alto por subentender que eles têm mais qualidade. Ao se comparar produtos de uma mesma qualidade, aqueles posicionados como mais baratos são mais mal avaliados.

Se você é o médico mais jovem da sua região, não tenha a consulta mais cara, nem a mais barata. Tente se manter na média dos colegas da sua especialidade ou dos demais colegas da sua região, desde que de acordo com os cálculos apresentados anteriormente. Preocupe-se em entregar a maior experiência e o maior encantamento para as pessoas que com o tempo você vai gerar mais autoridade, maior percepção de valor sobre o seu nome, aumentando assim sua marca pessoal, lhe possibilitando gerar mais lucro e cobrar valores mais altos pela sua consulta. Essa é a grande diferença entre as pessoas perceberem um preço da sua consulta, ou um valor dela. Enquanto as pessoas perceberem o preço da sua consulta, significa que você não está conseguindo entregar a experiência adequada para esses clientes. Quando geramos encantamento nas pessoas, o preço é despercebido, e o valor é ressaltado na entrega que você proporciona às pessoas.

TABELA 1: Custos de um consultório médico	
Despesas mensais	
Aluguel	R\$ 2.500,00
Condomínio	R\$ 650,00
Recepcionista	R\$ 1.850,00
Faxineira	R\$ 1.220,00
Luz	R\$ 230,00
Telefone	R\$ 350,00
Serit	R\$ 100,00
IRPF	R\$ 2.500,00
INSS	R\$ 1.167,89
Garagem	R\$ 130,00
1/12 despesa anual*	R\$ 815,42
Gasto básico mensal	R\$ 1.000,00
Total	R\$ 12.513,31

*Despesa anual: CRM, sindicato médico, associações médicas, ISSQN, IPTU, 13^o salário funcionários, depreciação (10%).

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos**. [S. l.]: [s. n.], 2016.

COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM. **Confira a atualização da tabela CBHPM divulgada pela AMB**. [S. l.], 21 nov. 2018. Disponível em: <https://cbr.org.br/confira-atualizacao-da-tabela-cbhpm-divulgada-pela-amb/>. Acesso em: 13 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 22 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 13 jan. 2020.

CREMESP (Org.). **Juramento de Hipócrates**. [S. l.], 2017. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>. Acesso em: 13 jan. 2020.

FRANÇA, G. V. **Medicina Legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan LTDA, 2017.

GOMES, F. L. **Série Finanças para Consultórios: Quanto Vale uma Consulta?** [S. l.], 26 abr. 2017. Disponível em: <https://www.portalped.com.br/conteudo-especial/financas-para-medicos/serie-financas-para-consultorios-quanto-vale-uma-consulta/>. Acesso em: 13 jan. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANÁLISES CLÍNICAS. **Como calcular o valor dos procedimentos na CBHPM**. [S. l.], 10 jan. 2017. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/blog/2017/01/10/como-calculer-o-valor-dos-procedimentos-na-cbhpm/>. Acesso em: 13 jan. 2020.

Exercício da medicina e o Código de Defesa do Consumidor

Isadora Pinheiro Urquieta⁷⁸

Yuri Lobão Barbosa⁷⁹

Devido aos avanços científicos e tecnológicos, em especial ao aumento de recursos à disposição do médico, a medicina apresentou grande progresso. Com isso, diversos benefícios foram observados, dentre eles a cura de diversas doenças e o aumento da longevidade. Entretanto, alguns erros ainda estão sujeitos a acontecer. Muitos deles ocorrem como consequência da escassez de equipamentos adequados, de diagnósticos incorretos ou da falha do próprio profissional (NOVAES, 2019).

Entre os deveres do médico estão o de exercer sua profissão sem ser discriminado por qualquer questão e o de negar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência. Já entre os seus deveres, é vedado ao médico causar dano ao paciente, por ação ou omissão, que possa ser caracterizado como imperícia, imprudência ou negligência (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Apesar do caráter humano da profissão médica, a relação médico-paciente se caracteriza como uma relação de consumo, sendo mediada, desse modo, pelo Código de Defesa do Consumidor – CDC (BRASIL, 1990). Aliado a isso, alguns fatores vêm contribuindo para o aumento

78 Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

79 Advogado especialista em Direito Médico, Biodireito e Bioética pela Universidade Católica de Salvador. Membro da Comissão de Direito Médico da Ordem dos Advogados do Brasil – Seccional Sergipe. Representante do estado de Sergipe na Comissão Nacional de Direito à Saúde da Associação Brasileira de Advogados.

da demanda de ações judiciais, como a despersonalização da relação entre médico e paciente, os atendimentos em massa e a baixa qualidade de ensino e estrutura de alguns hospitais (COSTA, 2016).

De acordo com o Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990), “consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final”. Já o fornecedor é definido como:

[...] toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

Já o Código Civil, no artigo 186, garante que “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”. A partir do momento em que isso ocorre, surge o dever de indenizar. A indenização é medida pela extensão do dano, conforme o artigo 927 c/c 944 do Código Civil (BRASIL, 2002).

Um dos deveres do médico é a informação. O paciente deve ser informado pelo profissional acerca do seu estado de saúde, assim como sobre as recomendações a serem seguidas, os possíveis riscos e também os cuidados em seu tratamento. A partir daí, o paciente irá consentir ou não com o tratamento. Em caso de intervenções cirúrgicas, por exemplo, o paciente deve ser informado sobre os riscos em torno do procedimento para que assim opte por aceitar ou não a intervenção. O único caso em que o médico não tem a obrigação de informar adequadamente o paciente é em cirurgias de urgência, quando não há outra alternativa para a sobrevivência do enfermo (NOVAES, 2019).

Tanto no Brasil como em outros países, a maior motivação dos processos contra os médicos é a falta de informação passada ao paciente e seus familiares. Desse modo, profissionais qualificados muitas vezes devem lidar com processos judiciais por não terem dado a devida importância à necessidade de manter o paciente informado sobre sua situação (NIGRE, 2017).

Uma forma de o médico se proteger é através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que deve ser elaborado expondo

os procedimentos a serem realizados e assinado voluntariamente pelo paciente, que pode optar por revogá-lo a qualquer momento antes do procedimento. Mesmo que o termo seja feito na intenção de assegurar o paciente, o médico também é beneficiado com essa medida, pois, caso haja um processo judicial posteriormente, a defesa médica poderá apresentar o TCLE, garantindo que o profissional cumpriu com o seu dever de informar (MANZINI; MACHADO FILHO; CRIADO, 2020).

O diagnóstico médico necessita de algumas informações preliminares para ser formado. Dentre elas está a coleta de dados, incluindo os sintomas apresentados pelo paciente, que serão interpretados e ajudarão o médico na formulação da hipótese diagnóstica. O erro diagnóstico pode ser classificado como inevitável ou evitável. O erro inevitável estaria além da responsabilidade do médico, podendo ocorrer por falta de recursos ou até mesmo por limitações da ciência médica. Já o erro evitável, diferentemente do anterior, é passível de punição, pois ocorre por falta de responsabilidade profissional (SOUZA JÚNIOR, 2018).

Dois tipos de danos podem ser causados ao paciente pelo erro de diagnóstico: o dano patrimonial e o dano extrapatrimonial. O dano patrimonial diz respeito ao prejuízo financeiro sofrido pelo paciente devido ao diagnóstico incorreto. Já o dano extrapatrimonial abrange o sofrimento psíquico e/ou físico sofrido pelo paciente devido ao resultado (NOVAES, 2019).

Para evitar erros, o médico pode dispor de exames complementares, se necessário. É importante também frisar que, caso o médico perceba que realizou um diagnóstico equivocado, deve realizar novos exames ou até mesmo buscar auxílio de outros profissionais para auxiliá-lo (SOUZA JÚNIOR, 2018).

A respeito do tratamento, é importante destacar que, mesmo a escolha sendo de responsabilidade mútua entre o profissional e o paciente, o médico tem o dever de acompanhar os resultados da escolha e, principalmente, a sua eficácia. Caso o quadro do paciente não se altere ou se agrave, o profissional deverá buscar outras opções, almejando sempre um resultado satisfatório. Esse acompanhamento é de suma importância, pois, caso haja insistência num tratamento que já se mostrou ineficaz, o médico pode responder por imprudência, agravada pela

possibilidade de o tratamento trazer consequências graves ao paciente que poderiam ter sido evitadas (SOUZA JÚNIOR, 2018).

Essa obrigação do médico é, inclusive, reforçada pelo Código de Ética Médica, que veda o profissional de deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente (CFM, 2019).

Como conclusão, observa-se que uma boa relação médico-paciente, de forma humanizada e ética, contribui para uma maior satisfação do paciente em relação aos serviços prestados. Dessa forma, o médico deve sempre se atentar não só a ouvir o paciente e sua família, mas também a informar cautelosamente e dar a devida atenção às queixas e expectativas do paciente. Além disso, uma atenção especial deve ser dada ao gerenciamento do risco ético-legal da sua atividade, podendo assim desempenhar a sua profissão de forma mais tranquila (NIGRE, 2017).

Comentário do especialista⁷⁹

O artigo 2º do Código de Defesa do Consumidor (1990) assevera que “Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final”. Já o artigo 3º do mesmo código apresenta as atividades desenvolvidas por aqueles que são considerados fornecedores. Dentre as atividades elencadas, temos a prestação de serviço. Sendo assim, não há dúvida de que a relação médico-paciente é caracterizada como relação de consumo.

Destarte, o médico deve se precaver de todas as formas para assegurar a lisura da sua atuação, visto que o Código de Defesa do Consumidor possui uma interpretação mais favorável ao consumidor, considerado como parte hipossuficiente da relação.

O referido código se posiciona de maneira mais favorável ao consumidor não apenas em sua hermenêutica, mas também em sua aplicação, consoante a previsão do seu artigo 6º, inciso VIII, e do artigo 47, que garantem a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova.

Aliada a outros fatores que contribuem para o aumento de demandas judiciais, temos a falta de conhecimento dos direitos e deveres por parte do médico. A leitura do Código de Ética Médica (2019) é

fundamental no auxílio do exercício da medicina para que os médicos atuem dentro dos seus limites e das suas permissões.

Além do Código de Ética Médica, temos o Manual de Publicidade Médica (2011), que foi confeccionado pelo Conselho Federal de Medicina para facilitar o acesso dos médicos às informações específicas acerca de um tema que vem ganhando grande visibilidade em virtude da difusão massiva de informações profissionais, principalmente nas redes sociais. Entretanto, mesmo com o esforço do CFM, os supracitados códigos ainda são desprezados na atuação médica, fator que contribui para o crescimento de ações judiciais e ético-disciplinares contra os médicos.

O conhecimento das determinações legais permite que o médico esteja devidamente precavido no exercício da sua profissão, principalmente quanto à produção de provas documentais capazes de demonstrar que sua prática seguiu as diretrizes previstas na literatura médica.

Dentre os documentos analisados durante uma demanda judicial, o prontuário médico se destaca por conter todo o histórico do atendimento ao paciente. Logo, é fundamental que o médico e toda a equipe envolvida no caso estejam atentos aos detalhes para que não falte nenhuma informação. É válido esclarecer que o prontuário é um documento sigiloso e pertence ao paciente.

Em seguida, temos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE como um dos documentos mais importantes em uma demanda de saúde, sendo o documento que formaliza o consentimento do paciente quanto ao procedimento a que será submetido. É através do TCLE que o médico cumpre com o seu dever de informação previsto no Código de Defesa do Consumidor e no Código de Ética Médica. Inclusive, a jurisprudência pátria vem considerando que a simples ausência do TCLE é suficiente para a configuração de dano moral caso haja a presença do nexo causal entre o dano e a ausência de informação, conforme decisão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJ-RJ, 2006)

No Tribunal de Justiça do estado de Sergipe (TJ-SE, 2017), temos o processo no qual o autor foi submetido a uma pieloplastia, mas ao sair da cirurgia foi informado de que o seu rim precisou ser retirado. O TCLE fornecido pelo hospital e assinado pelo autor foi bastante genérico quanto aos riscos e prejuízos decorrentes da cirurgia e não o

advertiu em nenhum momento acerca do risco de retirada do rim. O processo ainda está aguardando o julgamento para verificar se o dano foi iatrogênico ou se realmente houve falha na prestação do serviço.

A importância de o médico estar resguardado ocorre em virtude da possibilidade de ser responsabilizado, mesmo nos casos em que ocorre a iatrogenia. Entende-se como iatrogenia os efeitos adversos causados ou resultantes de um tratamento de saúde realizado de forma correta e dentro do que recomenda a literatura médica. Esses efeitos são previsíveis, esperados ou inesperados e, algumas vezes, inevitáveis.

Exemplificando a situação, temos o caso da paciente que realiza uma mastectomia para a retirada de um tumor. Nessa situação, a paciente deverá ser informada de que o aspecto estético da sua mama será afetado, podendo escolher entre ficar com a mama intacta e o tumor se agravar ou retirar a mama e ser curada da doença. A informação é fundamental para que a paciente possua o direito de escolha e não seja surpreendida com um resultado de que não tinha conhecimento.

Um caso recente e muito comum de dano iatrogênico ocorreu durante a pandemia de Covid-19. Por fazer parte do tratamento da doença, vários pacientes precisaram ser intubados e, em alguns casos, durante a introdução do tubo, alguns pacientes tiveram seus dentes, normalmente os incisivos, quebrados. Nesse cenário ocorreu um dano iatrogênico, visto que, nessa situação, a lesão dentária foi consequência do tratamento adequado para salvar a vida do paciente. Não haverá responsabilização do médico e do hospital se for verificado que o dano foi iatrogênico, bem como pela ausência do TCLE, que é dispensado quando o paciente está em iminente risco de morte ou sofreu grave lesão física.

Ante o exposto, podemos observar a importância da ciência do médico sobre os seus direitos e deveres para que a sua atuação esteja resguardada diante de qualquer responsabilização que venha a sofrer. É fundamental que todas as informações sejam passadas para o paciente de forma clara e objetiva para que não restem dúvidas e não haja surpresas durante o atendimento ou no resultado de algum procedimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Código Civil**. Brasília, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 9 jul. 2021.

BRASIL. **Código de Proteção e Defesa do Consumidor**. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 9 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 22 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 9 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Manual de Publicidade Médica**. Resolução CFM nº 1974, de 2011. Brasília: CFM, 2011.

COSTA, F. A. L. **Responsabilidade Civil dos Profissionais de Medicina a luz do Código de Defesa do Consumidor**. 2016. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/46458/responsabilidade-civil-dos-profissionais-de-medicina-a-luz-do-codigo-de-defesa-do-consumidor>. Acesso em: 9 jul. 2021.

MANZINI, M. C.; MACHADO FILHO, C. D. S.; CRIADO, P. R. Termo de consentimento informado: impacto na decisão judicial. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 28, n. 3, p. 517-521, set. 2020. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/1983-80422020283415.

NIGRE, A. L.; COLTRI, M. **Gerenciamento de risco na prática médica**. 2017. Disponível em: <https://pebmed.com.br/gerenciamento-de-risco-na-pratica-medica/>. Acesso em: 21 maio 2018.

NOVAES, R. R. **Responsabilidade Civil do Médico e a Aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor**. 2019. 25 f. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Universidade Católica de Salvador, Salvador, 2019. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/prefix/700>. Acesso em: 9 jul. 2021.

SOUZA JÚNIOR, A. C. **Responsabilidade Civil na Relação Médico-Paciente: minimizando os riscos das demandas judiciais**. 2018. 65 f. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Universidade do Sul de Santa Catarina, Araranguá, 2018. Disponível em: <https://riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/5155/AntonioCarlosTCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 9 jul. 2021

TJ-RJ. **APL: 00310296120038190001**. RIO DE JANEIRO CAPITAL 2 VARA FAZ PUBLICA, Relator: ROBERTO DE ABREU E SILVA, Data de Julgamento: 17/10/2006, NONA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 27/10/2006.

TJ-SE. 21ª Vara Cível de Aracaju. Processo 201712101584, 2017.

A judicialização da medicina

Isadora Pinheiro Urquieta⁸⁰

Yuri Lobão Barbosa⁸¹

A judicialização da medicina já ocorre mundialmente e no Brasil vem se tornando cada vez mais comum. Muitos problemas da área médica, até alguns anos atrás, eram vistos como fatalidades ou situações que ultrapassavam o saber médico. Atualmente, é possível notar uma mudança do cenário, em que tais acontecimentos são muitas vezes intitulados de “erro médico”, frequentemente seguidos de ações judiciais (PINHEIRO, 2017).

Exercer a função médica diante da falta de estrutura enfrentada pelo Sistema Único de Saúde muitas vezes pode se apresentar como um grande desafio para toda a equipe responsável pelos cuidados de saúde. Isso requer um grande empenho para a atuação multiprofissional, pois, segundo o Código Civil, a responsabilidade recai sobre o médico se comprovada qualquer imprudência, negligência ou imperícia (BRASIL, 2002).

Desse modo, como exemplo de negligência, é possível citar o profissional que, mesmo tendo todo o conhecimento intelectual e recursos, não realiza adequadamente os procedimentos necessários para restabelecer a saúde do paciente. Já o médico que realiza procedimentos que não têm embasamento científico no tratamento da condição do paciente, ou mesmo que omite informações a respeito dos riscos e efeitos da conduta escolhida, é caracterizado como imprudente. Por fim, podemos

80 Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

81 Advogado especialista em Direito Médico, Biodireito e Bioética pela Universidade Católica de Salvador. Membro da Comissão de Direito Médico da Ordem dos Advogados do Brasil – Seccional Sergipe. Representante do estado de Sergipe na Comissão Nacional de Direito à Saúde da Associação Brasileira de Advogados.

caracterizar a imperícia como a saída do médico da sua área de atuação, atuando em situações em que não é capacitado (PINHEIRO, 2017).

A imperícia, a imprudência e a negligência são partes integrantes e fundamentais dos elementos de culpa. Avaliar a culpa enquanto presente ou ausente é um dos aspectos mais difíceis e controversos na seara jurídica, pois envolve interpretações que de forma recorrente divergem entre si. A conduta é culposa quando, a partir de uma ação ou omissão não intencional, há um resultado considerado danoso, desde que haja associação entre ação e resultado. Em contrapartida, é considerada como dolo a intenção prévia de que o paciente sofra um dano à sua integridade. Mesmo que a conduta médica seja considerada culposa – por negligência, imperícia ou imprudência –, ele deverá responder pelo seu ato considerado errôneo (GOMES; SÁ, 2017).

Partindo dessa ideia, o prontuário médico é um importante instrumento na defesa do profissional de saúde, pois nele estarão todos os registros que serviram como base para a escolha da conduta. De acordo com o Código de Ética Médica – CEM, no prontuário devem constar informações como medicamentos prescritos, encaminhamentos, procedimentos e também deve ser registrado caso o paciente recuse alguma conduta escolhida pelo profissional (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Desse modo, Araújo, Rechmann e Magalhães (2019) afirmam que o prontuário médico possui natureza legal. Isso quer dizer que, em casos de responsabilidade civil, administrativa e penal, tal registro pode servir como prova tanto em defesa do profissional quanto do hospital e sua equipe, pois nele estão contidas todas as informações referentes ao atendimento prestado ao paciente.

Num estudo sobre o prontuário médico frente à judicialização da medicina, foram observados 174 processos. Destes, 142 apresentaram prontuário médico, resultando num total de 97 réus médicos absolvidos e 45 condenados. Em todos os outros 32 processos restantes, nos quais não houve apresentação do prontuário médico, houve condenação por erro médico. Esses dados nos mostram que, na maioria dos casos, o prontuário médico atuou a favor do profissional e, juntamente com outras informações, pode ter auxiliado na absolvição do réu (COSTA, 2019).

A comunicação médico-paciente se tornou, em inúmeros casos, o ponto principal de entraves judiciais com envolvimento dessa classe. A inserção de elementos externos de forma cada vez mais massiva tomou o lugar do que antes era tido como um vínculo pautado principalmente no diálogo. Tal falta de comunicação, ou falha desta, leva constantemente a interpretações equivocadas dos atos propostos, que podem levar a divergências entre médico e paciente, servindo como estopim para processos judiciais entre eles. Essa troca de ferramentas favoreceu a diminuição da proximidade e, sobretudo, confiança entre as partes, tão essencial no processo saúde-doença (VASCONCELOS, 2017).

É importante que o médico não seja considerado o único agente causador de dano em situações judiciais, fazendo-se necessário que todas as partes tenham conhecimento e noção global do manejo da relação médico-paciente. A melhora no tocante à comunicação entre as partes, uma rapidez quanto à notificação de eventos urgentes e emergentes, bem como o acompanhamento à risca de protocolos de comunicação bem instalados e testados, seriam fatores simples e de grande impacto para que muitos dos processos não cheguem às vias judiciais (GOMES; SÁ, 2017).

Os médicos, no exercício da sua profissão, se preocupam cada vez mais com a possibilidade de findar em tribunais e instâncias legais para responder sobre os seus atos. Todavia, é clara a falta de conhecimento por parte dos médicos quanto ao processo legal e como ele deve ocorrer. Uma pesquisa realizada em 2017, a qual buscava avaliar o conhecimento médico em torno dos aspectos ético-legais da medicina no Brasil, demonstrou que apenas 2% dos médicos tinham ciência de que, mesmo que houvesse imperícia, imprudência ou negligência, em casos em que não houvesse danos comprovados ao paciente, não haveria responsabilização jurídica do médico (LINO, 2017).

A partir de uma cada vez maior judicialização médica, nota-se a disseminação crescente da chamada medicina defensiva. Nesse ínterim, a medicina defensiva é tida como uma prática na qual as condutas adotadas pelos médicos se baseiam em estratégias diagnósticas e de tratamento que evitem processos e ações legais. Ao mesmo tempo que é um meio de garantir a integridade legal do profissional, carrega nas entrelinhas problemas como uma excessiva solicitação de exames

complementares, encaminhamento frequente para outras especialidades médicas e prescrições terapêuticas tidas como mais seguras, mas nem sempre eficazes. Dessa forma, tal prática pode gerar custos e tempo por parte do sistema e do paciente em demasia, afetando de forma direta os resultados finais almejados por todos (OLIVEIRA, 2017).

É mister que a educação médica aborde esses aspectos ético-legais. Em muitos casos, os erros ocorrem por falta de instrução ou descaso por parte dos profissionais médicos quanto à importância da ética no exercício da medicina, que se torna ainda maior com o passar dos anos. Já foi demonstrado que praticar uma medicina excessivamente defensiva pode não ser a melhor forma de evitar as vias judiciais, exigindo segurança e, concomitantemente, respaldo técnico-científico na tomada de decisões. A judicialização da medicina já é uma realidade, e aliar precaução à oferta de serviços de saúde de qualidade se tornou prioridade para o bom exercício da medicina.

Comentário do especialista⁸¹

A evolução da relação médico-paciente foi fundamental para a judicialização da medicina. Antigamente, essa relação era baseada no “paternalismo hipocrático”, caracterizado pela posição social do médico como ser divino, dotado do poder de cura e responsável pelas tomadas de decisão sem consultar o paciente. Já com o passar do tempo e a evolução da bioética, o paciente passou a ser tratado com equidade, de acordo com a sua necessidade. Essa nova visão possibilitou uma relação mais humanizada entre o profissional da medicina e o paciente.

Ademais, a evolução do conhecimento e o fácil acesso às informações permitem que o paciente possa ter ciência dos possíveis diagnósticos e tratamentos que serão prescritos pelos médicos. A principal ferramenta de pesquisa que existe na atualidade é o Google, também conhecido informalmente como “Dr. Google” quando se trata de pesquisas envolvendo a saúde.

O que veio para ser uma evolução positiva para a medicina também se tornou um grande vilão na relação médico-paciente. Por um lado, a ferramenta “Dr. Google” permite a participação ativa do paciente no seu tratamento, o que aumenta as chances de sucesso na sua realização.

Por outro lado, temos o excesso de informações obtidas pelos pacientes, na maioria das vezes equivocadas, que inibem a atuação do médico e o afastam do seu paciente, estimulando a prática da medicina defensiva pelo receio do profissional de cometer um erro e, conseqüentemente, responder a um processo judicial e/ou um processo ético-disciplinar perante o seu conselho.

É importante esclarecer que erro médico é um erro cometido por qualquer profissional da saúde, e o erro do médico é um erro cometido exclusivamente pelo médico. Ou seja, todo erro do médico é um erro médico, mas o contrário nem sempre se aplica.

Apesar do grande receio do médico em lidar com demandas judiciais, o Código Civil preceitua que a responsabilidade civil do médico é subjetiva, ou seja, necessita da comprovação da culpa ou do dolo para que o causador do dano seja responsabilizado, o que garante uma maior segurança à atuação do profissional da medicina. A culpa é caracterizada pela imprudência, negligência e imperícia, e a sua comprovação é um dos maiores desafios nas demandas judiciais envolvendo um erro médico.

Para que seja configurada a culpa, é essencial estar presente o clássico trinômio conduta, dano e nexos causal, ou seja, a ação do ofensor, o dano causado ao ofendido e a relação entre os requisitos anteriores, respectivamente. Em razão da presença de detalhes técnicos específicos, é necessária a presença de um médico perito, especialista na área discutida no processo, para que este analise a documentação anexa aos autos, em especial o prontuário por conter todo o histórico do paciente, e emita um laudo técnico, auxiliando o magistrado em sua decisão.

A grande discussão jurisprudencial quanto à atuação do médico está na relação jurídica obrigacional para determinar se ela é de meio ou de resultado. Na obrigação de meio, que é a regra, o médico deve aplicar todos os métodos previstos na literatura médica capazes de restabelecer a saúde do paciente e não de garantir um resultado almejado.

Um exemplo clássico da obrigação de meio é o caso do médico plantonista que atende uma emergência em que o paciente teve uma parada cardíaca e, ao realizar uma massagem cardíaca, ocasiona a quebra da costela do paciente. Neste caso, o médico não será responsabilizado em virtude de ter aplicado a manobra correta que salvou a

vida do seu paciente, então a costela quebrada é uma consequência aceitável nesse cenário.

Já a obrigação de resultado é aquela em que o médico garante que o resultado será alcançado de uma forma específica. Essa obrigação é tratada como exceção em virtude de a medicina não ser uma ciência exata, ou seja, o resultado do tratamento varia de acordo com a resposta de cada paciente.

O exemplo mais comum da obrigação de resultado ocorre quando um cirurgião plástico apresenta a imagem de outra cirurgia realizada por ele e garante à sua nova paciente que o seu procedimento ficará idêntico ao apresentado, quando na verdade o resultado se apresenta totalmente diverso ao estabelecido. Nesta situação, o médico será responsabilizado e poderá responder pela obrigação de resultado, a depender do critério adotado pelo juiz, por ter prometido um resultado que não conseguiu cumprir.

Uma demanda judicial que se encaixa nesse tema é um processo que tramita no Tribunal de Justiça do estado de Sergipe e que não pode ter os seus dados divulgados por se tratar de um processo sigiloso. O episódio ocorreu em 2017, quando a autora da ação foi operada pelo médico, réu da demanda, para realizar uma suspensão mamária e com redução do volume do braço.

Ao realizar uma cirurgia plástica, qualquer paciente espera um resultado melhor do que a situação anterior em que se encontrava, contudo, no caso citado, o procedimento agravou o estado de saúde da autora e prejudicou a sua estética.

Ademais, em virtude do resultado adverso e pelo receio de responder a uma demanda judicial, o médico passou a atuar de forma defensiva, evitando o contato com a autora, o que agravou ainda mais o seu pós-cirúrgico, período em que a paciente mais necessitava de atenção para restabelecer a sua saúde.

Um conceito da psicologia denominado *rapport* demonstra o requisito essencial na relação médico-paciente. Esse termo é utilizado para representar a técnica de criar uma ligação de empatia com outra pessoa para que ambos se comuniquem com menos resistência.

A confiança e a empatia são peças fundamentais nas relações humanas, principalmente quando se trata de temas delicados como a saúde.

O médico precisa saber ouvir o seu paciente e dar atenção às suas queixas, visto que, em muitos casos, a doença está no psicológico do enfermo. Em consonância com esse pensamento, o médico William Osler proferiu a seguinte frase: “O bom médico trata as doenças, mas o grande médico trata o paciente”.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. T. M.; RECHMANN, I. L.; MAGALHÃES, T. A. Responsabilidade civil nas acusações de erro médico. **Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 1-163, jan./mar. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm. Acesso em: 19 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 22 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 19 jul. 2021.

COSTA, F. H. **O Prontuário Médico Frente à Judicialização da Medicina**. 2019. 11 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Centro Universitário Unifacig, Manhuaçu, 2019. Disponível em: <http://www.pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositoriottcc/article/view/1832>. Acesso em: 19 jul. 2021.

GOMES, T. R.; SÁ, M. C. D. N. P. O Erro médico sob o olhar do Judiciário: uma investigação no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 72-85, 2017. DOI: 10.17566/ciads.v6i1.362.

LINO, M. S. B. *et al.* **Avaliação da percepção médica acerca dos aspectos éticos-legais envolvidos no exercício da medicina no Brasil**. 2017. DOI: 10.5747/CV.2017.V09.NESP.000297.

OLIVEIRA, C. V. **Judicialização da Medicina no Brasil: uma análise crítico-propositiva de um problema persistente sob a ótica da Bioética de Intervenção**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/31962>. Acesso em: 19 jul. 2021.

PINHEIRO, R. A. **A judicialização da medicina**. 2017. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/57500/a-judicializacao-da-medicina>. Acesso em: 19 jul. 2021.

Direito médico e seus principais conflitos

Rafaela Barreto Moura⁸²

Clarissa Marques França⁸³

Comumente, é necessário que, para tratar as doenças que acometem os indivíduos, o médico faça uso de todos os meios disponíveis. É notório que o objetivo do profissional citado é a recuperação da saúde, e para isso é de extrema necessidade que ele tenha um grande empenho, já que tem uma enorme conexão com a vida através dessa profissão (INÁCIO, 2017).

O Código de Hamurabi (1686-1750 a.C.), o qual determinava punições aos médicos que praticassem danos em qualquer nível ou tirassem a vida do paciente, foi o primórdio da Responsabilidade Civil Médica (CARLOS NETO, 2018).

No mundo moderno, o sistema da Responsabilidade Civil tem se desenvolvido para amparar as mais variadas circunstâncias de danos que não são assistidos habitualmente pelas leis que regem o país. Com relação à prática da medicina, existe um número grande e crescente de processos judiciais decorrentes do atendimento médico de péssima qualidade, o que causa danos e malefícios aos pacientes (FIUZA; HOGEMANN, 2016).

A partir de um balanço feito pelo Conselho Nacional de Justiça, entre 2005 e 2015, o número de processos contra médicos cresceu em 1.600%. Além disso, em 2017, o Brasil totalizou cerca de 26 mil processos judiciais contra médicos, ou seja, foram abertos três novos processos a cada hora relativos a erro médico (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2017)

82 Graduada em Medicina pela Faculdade Santo Agostinho.

83 Advogada e especialista em Direito Médico pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

Atualmente, os médicos precisam lidar com as péssimas condições da saúde pública e com excessivas horas de trabalho, o que desencadeia um mau atendimento ao paciente e, por consequência, mais conflitos médico-legais. Nesse cenário, o paciente reage a qualquer tipo de dano e ocupa cada vez mais o papel de consumidor, ou seja, a relação médico-paciente se torna extremamente objetiva e sem afetividade (CARLOS NETO, 2018).

No contexto trabalhista, por exercer sua profissão como autônomo, o médico é considerado profissional liberal e é assistido pelo Código de Defesa do Consumidor. Sob essa perspectiva, no caso de erro, não é o médico que irá provar sua inocência, mas sim o paciente que terá de provar a culpa do profissional, o que caracteriza a responsabilidade subjetiva do médico (NASCIMENTO, 2017).

Nesse sentido, a relação médico-paciente é protegida pelo Código de Defesa do Consumidor, então, para que o médico seja responsabilizado, é necessário que, além da culpa, exista a inversão do ônus da prova (VAZ, 2019).

Sendo assim, não é dever do profissional apresentar uma defesa, mas sim do paciente provar que houve inexecução da obrigação por parte do médico – ônus procedente da obrigação de demonstrar que houve negligência, imperícia ou imprudência no exercício da atividade profissional (BRASIL. Lei nº 10.406, 2002, art. 951). Entretanto, caso o paciente não tenha condições de produzir provas ou suas alegações sejam nitidamente verdadeiras, a situação será invertida, e o médico terá de provar que não há culpa (BRASIL. Lei nº 8.078, 1990, art. 6º, VIII; FIUZA; HOGEMANN, 2016).

Na Responsabilidade Civil, para que o indivíduo seja responsável pelo dano, é necessário que haja culpa, o que é conhecido como responsabilidade subjetiva. Sendo assim, a prova da culpa é requisito essencial para que o dano seja indenizável. Portanto, para a Responsabilidade Civil do médico, é preciso que ocorra conduta, nexos causal e culpa (WLOCH; LEITE; TEIXEIRA, 2016).

Notoriamente, a Responsabilidade Civil dos médicos é uma temática extremamente polêmica. Diante disso, é ainda mais controverso quando diz respeito ao erro médico advindo de cirurgias plásticas ou procedimentos que visam unicamente a estética. Nesse contexto, existem

diversas variáveis que precisam ser levadas em consideração quando se trata da responsabilização do médico, tais como a probabilidade de o resultado desejado ser possível ou não. Além disso, um grande número de pacientes tem distúrbios psiquiátricos que os fazem enxergar o próprio corpo de forma distorcida, gerando uma expectativa impossível de ser alcançada. Desse modo, a responsabilização do profissional se torna um trabalho árduo para os juristas (VAZ, 2019).

No ano de 2021, a 5ª Vara Cível e Arbitragem da Comarca de Goiânia condenou um médico a indenizar uma paciente em R\$ 22.000,00 porque a cirurgia embelezadora a que se submeteu não correspondeu às suas expectativas. Segundo a paciente, após a realização de demolipectomia, mastopexia, implante de próteses de silicone e procedimento para correção do umbigo, continuou com o abdômen volumoso, flacidez e estrias. O juiz Eduardo Tavares dos Reis argumentou que, quando se trata de cirurgia estética, a obrigação é de resultado, já que o objetivo do paciente é exatamente o embelezamento e melhorias estéticas, o que obriga o profissional a propiciar o resultado almejado (FRANÇA, 2021).

Do ponto de vista ético, os princípios essenciais para a prática da medicina estão reunidos no Código de Ética Médica. Sendo assim, por ter uma linguagem um pouco mais rebuscada, é de fundamental importância que a informação seja passada de forma clara e objetiva ao paciente, visto que diz respeito à sua dignidade e ao consentimento de determinados procedimentos (invasivos ou não), apontando todos os cuidados disponíveis (OLIVEIRA, 2019).

No contexto informativo, a doutrina do consentimento informado foi desenvolvida nos Estados Unidos da América após a repercussão do caso *Schloendorff c/ Society of New York Hospital*, em 1914, em que o juiz foi favorável ao parecer de que o paciente tem o direito de ser informado e escolher o que vai acontecer com seu próprio corpo. Essa doutrina tem como propósito cumprir uma das responsabilidades principais dos profissionais e um dos direitos de extrema importância para o paciente: o direito à informação. Os processos movidos contra médicos e hospitais são em sua maioria decorrentes do não cumprimento dessa obrigação (CASSIONATO; CASSIONATO; DIAS, 2015).

Também é de suma importância acrescentar a relevância de uma relação médico-paciente regada a empatia, já que, por geralmente se

encontrar bastante fragilizado, o paciente precisa confiar no profissional e no tratamento proposto por ele. Portanto, quando o médico não se mostra à altura de todas essas expectativas naturais do paciente ou de seus familiares, surge uma barreira entre eles. Os envolvidos nessa relação, caso o desfecho do tratamento seja negativo, têm grande probabilidade de atribuir a responsabilidade do ocorrido ao médico ou ao hospital. Entretanto, se a relação for de carinho, paciência, transparência e afeto, o tratamento será seguido com mais afinco, e as chances de complicações serão reduzidas, o que dificilmente irá levar a alguma ação de responsabilidade civil, mesmo que o desfecho não seja positivo (CASSIONATO; CASSIONATO; DIAS, 2015).

Assim, quando a técnica profissional não é aplicada corretamente ou o dever de informar o paciente e seus familiares é descumprido, irá acontecer o chamado erro médico. Sendo assim, o erro médico pode ser definido como uma “conduta voluntária ou involuntária, direta ou indireta, caracterizada como conduta profissional imperita, imprudente ou negligente, que causa dano ao paciente.” (SEBASTIÃO, 2003, p. 89). Dessa forma, de acordo com Schaefer (2006, p. 61), erro médico é uma falha no exercício da profissão que origina um dano inesperado, consequência da atuação ineficaz do médico. Portanto, pode-se identificar os elementos que constituem o erro médico: uma má conduta, com culpa do médico, que causa um prejuízo ao paciente (FIUZA; HOGEMANN, 2016).

Segundo a médica e advogada Isabel Braga, pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) do Rio de Janeiro, “No Brasil, a tendência ainda é esconder o erro, em vez de entendê-lo como parte do processo de trabalho”. Em abril de 2018, na revista *Einstein*, ela expôs um estudo no qual verificou que, de 34 processos judiciais sobre erro médico no estado de São Paulo (entre janeiro de 2011 e dezembro de 2016), 73% dos médicos foram condenados em primeira instância. Os erros foram decorrentes principalmente de três especialidades: clínica de serviços de emergência, obstetrícia e cirurgia (FIORAVANTI, 2020).

Em suma, para que o profissional evite problemas, ele deve agir com ética e técnica, sempre com base na literatura médica, informando o paciente e respeitando suas decisões para que a relação entre eles seja a mais harmônica possível (WLOCH; LEITE; TEIXEIRA, 2016).

Comentário da especialista⁸³

O texto ora comentado destaca alguns dos principais conflitos da relação médico-paciente, que são analisados pelo ramo do direito médico, e identifica as principais causas do aumento de processos judiciais contra médicos, dentre eles as péssimas condições do sistema de saúde como um todo e as péssimas condições de trabalho oferecidas ao profissional médico.

O aumento dos conflitos ocasiona a emergência de um tema fundamental para o direito médico, que é a responsabilidade civil do profissional liberal médico.

Como bem destaca a autora, a questão da responsabilidade civil na área da saúde não é nova, tem sua origem no campo da responsabilidade civil geral. Nas sociedades antigas, a regra de Talião, consubstanciada na máxima “olho por olho, dente por dente”, estabelecia a punição do mal com o mal, não havia a separação entre responsabilidade civil e penal.

Com o evoluir civilizatório, ocorreu o banimento dos castigos corporais como forma de punição, e gradativamente a ideia de punição do agente ofensor foi sendo substituída pela ideia de reparação patrimonial do dano sofrido. Na atualidade, com a Constituição da República de 1988, foram enfatizadas as funções sancionatórias e reparatórias da responsabilidade civil, visando priorizar a proteção à vítima, de forma a efetivar a meta maior, que é garantir a dignidade da pessoa humana, fundamento maior da República, prevista no art. 1º, III, resultado da consolidação do princípio da solidariedade social.

A centralidade da pessoa humana para o ordenamento jurídico desloca o foco do agente para a vítima, causando uma releitura de diversos institutos, dentre eles a relação médico-paciente e a responsabilidade civil em decorrência de um ato ensejador de dano.

Por outro lado, algumas mudanças legislativas, sociais e políticas influenciaram o aumento da judicialização da medicina, dentre elas destaco a mercantilização da atividade médica e a ampliação do acesso ao judiciário, nem sempre feito de forma a consolidar os princípios civilizatórios.

A autora do texto comentou de forma assertiva e demonstra que a mercantilização da saúde tem gerado péssimas condições de trabalho e fragilização da relação médico-paciente, que muitas vezes passa a ser

reduzida a uma relação consumerista clássica. O ápice dessa transformação ocorreu com a promulgação do Código de Defesa do Consumidor, segundo o qual o médico enquanto profissional liberal tem sua responsabilidade regida pelo art. 14, parágrafo 3º, da Lei nº 8.078, que prevê a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais mediante a verificação de culpa.

Também disciplina a responsabilidade do médico o art. 951 do Código Civil, que regula a indenização contratual em decorrência da prática de ato ilícito, configurando em uma ou mais de uma das suas modalidades, negligência, imperícia e imprudência, vindo a causar dano ao paciente.

Assim, na seara da responsabilização, é importante investigar o fundamento das obrigações que o exercício da atividade profissional acarreta. De maneira geral, resta consolidado o entendimento que classifica a obrigação do atuar do profissional médico vinculada à obrigação de meio, pela qual é dever do profissional empenhar os melhores esforços com vistas a um resultado, entretanto não há vinculação direta entre a conduta e o resultado, pois concorrem para a tão esperada “cura” do paciente diversos fatores alheios ao agir do profissional assistente.

Em oposição àquela corrente majoritária, como exceção, nas cirurgias meramente estéticas, a obrigação do médico é entendida como de resultado pela jurisprudência, mudando completamente a lógica compreensiva da relação, visto ser impossível determinar com exatidão matemática o resultado de um procedimento médico.

Em ambas as situações, a investigação da culpa do médico se coloca, e essa verificação ocorre em cotejo com o atendimento aos deveres do médico, que são: a) informar de forma ampla e pormenorizada quanto ao diagnóstico e ao prognóstico; b) o emprego das melhores técnicas disponíveis para o paciente e c) a tutela do interesse do doente, buscando o seu restabelecimento integral.

Porém, a análise do atendimento aos deveres deve ocorrer no caso concreto e não de forma abstrata, o entendimento do caso concreto é essencial. A culpa do agente deve ser constatada de forma objetificada, identificada na atualidade como culpa normativa, que é centrada na ideia de erro do praticante em face de um determinado padrão de comportamento considerado aceitável nas condições fáticas, ou seja, a

conduta do médico deverá ser comparada com um modelo a ser seguido com paradigma definido pela ciência médica. O desvio de conduta, ou culpa, só será configurado caso se constate a inobservância dos *standards* de diligência, desvio da boa-fé objetiva e/ou pela comprovação da falta de diligência média.

As alterações na responsabilidade civil subjetiva do profissional médico acompanham o evoluir dos fundamentos da própria ciência médica, que vem abandonando o fundamento apenas curativo centralizado na doença, passando a ter como fundamento o cuidado integral com o paciente, cabendo ao médico ser um dos agentes na promoção do cuidado efetivo. O cuidado centrado na pessoa é traduzido para a responsabilidade civil através da mudança da função do instituto, que deixa de ser um mero mecanismo de punição de condutas para um efetivo instrumento de proteção da vítima.

Por fim, conclui-se que os conflitos na relação médico-paciente tendem a aumentar, mas felizmente também vêm se alterando a interpretação e a aplicação de mecanismos clássicos de averiguação de responsabilidade, fazendo com que seja mais plausível ponderar os interesses, proteger a vítima e resguardar o profissional em prol da dignidade da pessoa humana e do grande ideal civilizatório de justiça.

REFERÊNCIAS

AMPLIMED. **Processos contra médicos**: a judicialização da saúde no Brasil, 18 jun. 2019. Disponível em: https://amplimed.com.br/processos-contramedicos-a-judicializacao-da-saude-no-brasil?utm_source=processos-contramedicos-a-judicializacao-da-saude-no-brasil&utm_medium=organic&utm_campaign=processos-contramedicos-a-judicializacao-da-saude-no-brasil. Acesso em: 11 set. 2021.

CARLOS NETO, D. **Direito médico**: à luz da doutrina e jurisprudência para médicos e residentes. [S. l.]: Editora Motres, 2018.

CASSIONATO, A. S. S.; CASSIONATO, F. C. L.; DIAS, J. F. A. A responsabilidade civil do médico e o direito ao próprio corpo. In: FERMENTÃO, C. A. G. R.; FACHIN, Z. **O reconhecimento dos novos direitos da personalidade**. [S. l.]: Editora Vivens, 2015.

FIORAVANTI, C. Um diagnóstico do erro médico. **Revista Pesquisa**, 14 maio 2020. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/um-diagnostico-do-erro-medico/>. Acesso em: 10 jul. 2021.

FRANÇA, L. Médico tem de indenizar paciente em R\$ 22 mi, porque a cirurgia plástica a que se submeteu não correspondeu suas expectativas. **TJ-GO**, 19 Mar 2021. Disponível em: <https://www.tjgo.jus.br/index.php/institucional/centro-de-comunicacao-social/17-tribunal/21438-medico-tem-de-indenizar-paciente-em-r-22-mil-porque-a-cirurgia-plastica-a-que-se-submeteu-nao-correspondeu-suas-expectativas>. Acesso em: 7 set. 2021.

INÁCIO, J. A. G. B. A responsabilidade civil do médico: visão sob o Código Civil e o Código de Defesa do Consumidor. **Âmbito Jurídico**, 1º set. 2017. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-164/a-responsabilidade-civil-do-medico-visao-sob-o-codigo-civil-e-o-codigo-de-defesa-do-consumidor/amp/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

NASCIMENTO, G. Responsabilidade civil do médico à luz do Código de Defesa do Consumidor. **Migalhas**, 21 nov. 2017. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/269480/responsabilidade-civil-do-medico-a-luz-do-codigo-de-defesa-do-consumidor>. Acesso em: 8 set. 2021.

OLIVEIRA, L. L. L. O novo Código de Ética Médica e o respeito ao consentimento informado e esclarecido dos pacientes. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 24, n. 5803, 22 maio 2019. ISSN 1518-4862. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/74075>. Acesso em: 8 jul. 2021.

VAZ, A. R. Responsabilidade civil do cirurgião plástico: o impacto do transtorno dismórfico-corporal nos processos por erro médico e a impossibilidade de produção de prova pericial. **Jusbrasil**, 2019. Disponível em: <https://ibijus.jusbrasil.com.br/artigos/774231821/responsabilidade-civil-do-cirurgiao-plastico>. Acesso em: 19 jul. 2021.

WLOCH, F.; LEITE, D. C.; TEIXEIRA, L. F. **A responsabilidade civil do médico segundo a jurisprudência do egrégio tribunal de justiça do estado de Santa Catarina**: avaliação de precedente do ano de 2016. Santa Catarina, 2019.

Medicina entre telas: o novo atendimento pós-Covid-19

Larissa Farias Galvão⁸⁴

Maria Dilza Feitosa Pinto Ferreira⁸⁵

A telemedicina é a prática que possibilita o atendimento, o acompanhamento, a evolução e a análise de exames de modo virtual, sem que ocorra o contato presencial entre médico e paciente. Para que esse tipo de serviço seja viável, é necessário que haja um bom meio de comunicação entre as duas partes, sendo preferível a ligação de vídeo (videoconferência via internet), em que a interação virtual se assemelha ao presencial (MORSCH, 2020).

No Brasil, antes da pandemia de Covid-19 em 2020, a telemedicina ainda não era autorizada como forma de atendimento pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, desempenhando apenas um papel educacional e de pesquisa, ou seja, era um serviço de auxílio à saúde. Porém, tornou-se uma prática essencial para a continuidade de tratamentos e atendimentos no contexto em que, para a preservação da vida, era necessário respeitar o distanciamento social. Dessa forma, faz-se necessário entender como a telemedicina tem se consolidado no Brasil, quais seus termos de regulamentação e suas perspectivas para o futuro pós-pandemia (CFM, 2020).

A prática da medicina remota foi regulamentada no Brasil desde 2002 pelo CFM na Resolução CFM nº 1.643/2002, declarando a infraestrutura ideal e as responsabilidades que o médico deveria ter frente à

84 Graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – Campus São Cristóvão.

85 Psiquiatra formada pela Faculdade de Ciências Médicas (atual Universidade de Pernambuco – UPE) em 1976. Atua como psiquiatra clínica e psicoterapeuta em hospital psiquiátrico e consultório. Atuou no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas em Recife e no sistema penitenciário do estado de Pernambuco.

telemedicina. Desde aquele ano, o uso da telemedicina, como comentado, era especialmente para o desenvolvimento de pesquisas, facilitando ações governamentais com o objetivo de aumentar a qualidade do atendimento da atenção básica, ampliando o acesso à saúde. A modalidade de teleconsultas era permitida apenas em casos emergenciais. Essa limitação era justificada pelo fato de a consulta remota limitar exames físicos, não ser adaptável a todas as especialidades, além de haver uma deficiência tecnológica para sua implantação (CFM, 2002).

Um desafio para a adesão da telemedicina era a necessidade de uma regulamentação que fosse organizada e regida por lei e que fosse ofertada por planos de saúde para que ganhasse mais confiança dos pacientes que precisam ver a eficiência desse novo modelo para adotá-lo. Além da urgência de implementação devido à Covid-19, que será comentada adiante, os benefícios da telemedicina são observados quando a especialidade médica utiliza-se de exames complementares para direcionar diagnóstico e conduta, reduzindo os custos do atendimento e preservando a qualidade. Outro passo que precisou ser dado para proporcionar os atendimentos on-line foi a proteção de dados dos pacientes, que, hoje em dia, são facilmente vazados e hackeados (CELUPPI *et al.*, 2021).

Desde 2018, os termos da telemedicina têm sido regulamentados pelo CFM, e definiu-se como teleconsulta: “a consulta remota, mediada por tecnologia, em que o médico e o paciente estão em diferentes espaços geográficos”; teleorientação: profissionais da área médica que orientam e encaminham à distância; telemonitoramento: quando algum procedimento ou ato é realizado sob a supervisão médica à distância; teleinterconsulta, que é a troca de informações entre médicos; e tele-diagnóstico, que corresponde à transmissão de imagens, dados e exames que contribuem para emissão de laudos e pareceres que auxiliem as outras modalidades da telemedicina (CFM, 2018).

O debate sobre telemedicina ganhou grande espaço no contexto da pandemia pelo fato de que a medida mais eficiente para redução de infecções por Covid-19 é o distanciamento social. Devido a isso, as pessoas foram orientadas a evitar o atendimento médico presencial em casos não emergenciais como forma de não congestionar o sistema de saúde e evitar a disseminação do vírus. Assim, algumas especialidades médicas, como a psiquiatria e a dermatologia, conseguiram exercer suas

atividades de forma remota, dando continuidade ao tratamento dos pacientes sem perder o foco na saúde e sem expor médicos e pacientes ao vírus (CORRÊA; ZAGANELLI; GONÇALVES, 2020).

Para que as consultas e os atendimentos on-line tivessem a autorização do CFM durante o estado de calamidade da pandemia, foi necessário o desenvolvimento de uma regulamentação em formato de cartilha que orientasse o médico. Dessa forma, seu atendimento aconteceria conforme o exigido pelo conselho, dando mais segurança e confiança ao paciente. Esse passo foi muito importante, visto que a falta de regulamentação é um grande problema quando se trata do meio digital, sendo muito arriscado deixar que cada profissional atue de maneira arbitrária (GARCIA; GARCIA, 2020).

Dentro da cartilha disponibilizada pelo governo de cada estado, há um conjunto de direcionamentos para o atendimento on-line. Nela, é deixado claro que a modalidade remota deve ser escolhida apenas quando a consulta é imprescindível para a saúde do paciente. Já nos casos que permitam uma consulta presencial, é melhor que ela assim o seja. Além disso, há algumas etapas que devem ser cumpridas na relação médico-paciente, como o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para atendimentos à distância, além de uma explicação sobre as diferenças entre a consulta on-line e presencial. Também devem ser explanados ao paciente o valor e a duração da consulta, bem como informações sobre o agendamento (SÁNCHEZ; PITTA; ROCHA, 2020).

A partir dessa regulamentação, fica permitida ao médico a emissão das receitas on-line, que precisam ser assinadas com a assinatura eletrônica de acordo com o ICP-Brasil, e perdem a validade caso sejam escaneadas ou digitalizadas, ou seja, elas devem ser disponibilizadas para o paciente de modo que consiga acessá-las, além de ser possível verificar sua autenticidade ao serem utilizadas. Além disso, o CFM exigiu o prontuário médico eletrônico para que haja um suporte adequado e informatizado sobre todas as atividades realizadas em paralelo à consulta, sendo de fácil acesso e transmissão caso seja necessário discutir o caso clínico (SÁNCHEZ; PITTA; ROCHA, 2020).

A respeito da ética médica na telemedicina, uma exigência está no preenchimento por parte do paciente do TCLE, que deve ser de livre

acesso a ele. A segurança jurídica deve zelar pelo sigilo, pela confidencialidade e pela privacidade das informações do paciente e do seu prontuário médico, que deve ser protegido pela lei geral de proteção de dados com o objetivo de manter a integridade do paciente. Além disso, algumas recomendações que estão no Código de Ética Médica dizem respeito à exposição nas redes sociais. É vedada, no artigo 104, a promoção do médico com a imagem de pacientes; o artigo 134 define que é proibido haver consultas com qualquer tipo de público em vídeos ao vivo ou programas, além dos artigos com regras que protegem as informações e a integridade do paciente, que são as mesmas para consultas presenciais (CFM, 2019a).

É importante salientar que a Resolução CFM nº 2.227/2018, mencionada no corpo do texto, foi revogada pela Resolução CFM nº 2.228/2019, trazendo novas orientações sobre o exercício da telemedicina (CFM, 2019b). Também é relevante destacar que foi publicada a Resolução nº 2.314/2022, a qual define e regulamenta a telemedicina como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação, permite a telemedicina on-line (síncrona) ou off-line (assíncrona) em território brasileiro, garante a preservação de dados dos pacientes, discorre sobre a necessidade de uso de prontuário eletrônico e outros pontos importantes (CFM, 2022).

Portanto, a telemedicina foi capaz de promover a saúde no meio da maior crise de saúde deste século. Sendo assim, é válido ressaltar sua importância e seu potencial em ajudar e facilitar a vida daqueles que precisam de atendimentos remotos, apesar da imensa dificuldade de alguns médicos se adaptarem a essa realidade. Mas os profissionais que fazem uso da nova prática têm se esforçado para que a qualidade do que é passado nas consultas não seja prejudicada e, conseqüentemente, traga prejuízos para seu paciente. A telemedicina também tem sido uma boa solução para a escassez de profissionais que existe em algumas regiões do país (PALMA; SANTOS; KLEIN, 2021).

Comentário da especialista⁸⁵

Em março de 2020, a pandemia de Covid-19 chegou ao Brasil e impactou a forma como o paciente faz uma consulta médica. Com a

impossibilidade de encontros presenciais, conselhos e associações médicas regularizaram de maneira temporária a telemedicina no Brasil. A relação médico-paciente passou a existir entre telas. Mas qual o impacto da teleconsulta nos atendimentos psiquiátricos e nas sessões de psicoterapia? Sem os consultórios físicos, os médicos precisaram se reinventar para não interromper tratamentos, continuar adquirindo resultados positivos e cuidando da saúde de seus pacientes. É importante lembrar: não existe saúde sem saúde mental.

Nas diversas áreas da medicina, são necessários exames físicos, laboratoriais ou de imagem, por exemplo. Na psiquiatria, a escuta e a observação do paciente – movimentos corporais, olhar, postura – são essenciais para que haja uma primeira avaliação sobre doença física ou psicossomática. A imagem na tela, nesta consulta, é primordial para que a avaliação seja feita com eficácia. E esta é a primeira mudança, ou aprendizado, da teleconsulta psiquiátrica: pensar na transmissão da imagem. Se no consultório trabalhamos na posição das poltronas, nos elementos de decoração dispostos, na temperatura da sala, agora temos de pensar na qualidade da transmissão da imagem e do áudio, na luz e na altura do computador ou celular – que vão permitir o olho no olho. Tudo isso vai evitar ruídos na comunicação e na relação entre médico e paciente.

O consultório físico também fornece um ambiente silencioso e uma consulta sem interrupções. Para o médico psiquiatra, a escuta, o raciocínio e a linha de pensamento direcionada ao paciente – sempre em conjunto com a observação – são essenciais para a compreensão e o diagnóstico. Do outro lado da tela, o paciente relata seus sentimentos e constrói caminhos narrativos que devem ser fluidos e sem interrupções. Uma pausa na fala pode prejudicar insights ou catarses e gerar mais ansiedade, pois o paciente pode até dar continuidade ao relato, mas de forma diferente do seu desejo. Aqui vale lembrar que essa mesma ansiedade também faz com que pacientes levem relatos escritos por receio de não conseguir compartilhar uma informação que julgam necessária. E esse comportamento, como tantos outros, permanece presente na consulta on-line.

É importante explicar para o paciente a importância de um ambiente silencioso e de atenção plena para que tente controlar ruídos domésticos – sendo os mais comuns barulhos de interfone ou animais de

estimação. Essa estrutura é nova para ambos, por isso é interessante que o médico permaneça com um ambiente de consultório, vestido de maneira adequada e com *background* semelhante ao local formal de atendimento; e que o paciente compreenda que essas condutas vão gerar uma consulta eficiente. Na minha experiência, decidi fazer as teleconsultas em meu consultório e adquirir equipamentos simples que me ajudaram a controlar a luz e a posição do celular. Essa escolha também vai ao acordo da ética médica e do sigilo profissional. O consultório continuou sendo um ambiente seguro para a relação médico-paciente e para as informações compartilhadas.

Para melhor entendimento de aspectos que podem interromper uma consulta por tela, compartilho experiências distintas, reforçando a singularidade de cada paciente. Os pacientes idosos têm mais dificuldades com essa tecnologia e geralmente precisam de ajuda para fazer a conexão ou fixar o aparelho em um suporte. Já os mais jovens por vezes acham que podem ser multitarefas: em um caso, o paciente decidiu almoçar durante a consulta. Após comunicação clara com todos, tive resultado positivo na construção de ambientes mais propícios para que a atenção na consulta fosse mantida.

Nesse processo de reinvenção da consulta via telas, não estive sozinha. A Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP fez transmissões ao vivo em seu *Instagram* para tratar sobre telemedicina. Pesquisas também analisaram a nova modalidade, como a desenvolvida pela plataforma Doctoralia, em dezembro de 2020, que identificou 80% de aprovação das teleconsultas por parte de médicos e pacientes, o que gera segurança aos profissionais que enfrentam desafios em meio a uma pandemia mundial (GIOMBELLI *et al.*, 2021).

Mas e as prescrições de medicamentos? Logo no início, utilizei os Correios para enviar as prescrições a pacientes de municípios vizinhos e usei a infraestrutura do local do meu consultório para a entrega delas. Depois, vieram a regulamentação e a certificação digital, facilitando para todos a produção e o recebimento de prescrições. Mas, para o médico psiquiatra, ainda há a espera de uma solução para os talonários B e C, cuja versão digital ainda não foi até o momento autorizada pelo Conselho Federal de Medicina. Também ainda não existe consenso sobre a primeira consulta e a alta, se elas devem ser presenciais ou se

podem ser virtuais. Por conta de minha trajetória médica, nesses meses de pandemia, dei alta a dois pacientes que faziam teleconsulta, e o último encontro de cada um foi presencial em meu consultório.

Hoje, cerca de dois anos após o início da pandemia de Covid-19, 70% das minhas consultas são feitas de maneira on-line. Mesmo com o retorno dos atendimentos presenciais, muitos pacientes preferiram continuar com as teleconsultas. Recebi *feedbacks* de alguns pacientes, e a maioria optou pela modalidade on-line para melhor gestão do tempo e para evitar o trânsito da cidade. Compartilho alguns relatos:

“Para mim que sou paciente diagnosticado com ansiedade, a teleconsulta veio colaborar bastante com uma maior tranquilidade em relação aos horários dos atendimentos. Um ponto a favor do presencial é a maior privacidade, mas isso foi resolvido ligando uma música suave no fundo para as pessoas não ouvirem o que está sendo falado na consulta.” (Paciente adulto, 36 anos)

“Quando começou a pandemia, fiquei bastante preocupada, pois minha mãe vai constantemente para a consulta, e com a Covid não poderíamos levá-la, pois é idosa e com comorbidades. A notícia das consultas on-line no começo me preocupou, pois não sabia se minha mãe ia se adaptar. E foi impressionante como ela teve uma boa resposta com esse tipo de consulta!” (Paciente idosa, 78 anos, com questões clínicas neurológicas e que não aceita o uso da máscara).

Posso afirmar que na nossa experiência, minha e dos meus pacientes, as teleconsultas têm gerado resultados positivos para quem busca tratamento para a saúde mental. O novo sempre vem. É preciso apenas se manter aberto e ter em mente que o mais importante é sempre a saúde.

REFERÊNCIAS

CELUPPI, I. C. *et al.* Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 37, n. 3, jan. 2021. DOI: 10.1590/0102-311x00243220.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.643, de 26 de agosto de 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina.** Brasília, DF. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1643>. Acesso em: 19 nov. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.227, de 13 de dezembro de 2018. Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias.** Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao222718.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 22 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019.** Brasília: CFM, 2019a. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 19 nov. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2228, de 26 de fevereiro de 2019b. Revoga a resolução CFM nº 2.227/18 e reestabelece a resolução CFM nº 1.643/2002, que regula a prestação de serviços médicos mediados por tecnologias.** Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2228>. Acesso em: 19 nov. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Ofício CFM nº 1.756/2020 – COJUR.** Brasília, 19 mar. 2020. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf. Acesso em: 19 nov. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.314 de 05 de maio de 2022.** Brasília: CFM, 2022. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2314_2022.pdf. Acesso em: 9 jul. 2022.

CORRÊA, J. C. B.; ZAGANELLI, M. V.; GONÇALVES, B. D. S. Telemedicina no Brasil: desafios ético-jurídicos em tempos de pandemia da covid-19. **Revista Multidisciplinar Humanidades e Tecnologias: (FINOM)**, Minas Gerais, v. 25, n. 1, p. 200-218, set. 2020. Disponível em: http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/1301/944. Acesso em: 19 nov. 2021.

GARCIA, M. V. F.; GARCIA, M. A. F. Telemedicine, legal certainty, and COVID-19: where are we? **Jornal Brasileiro de Pneumologia, [S. l.]**, v. 46, n. 4, p. 20200363-20200363, ago. 2020. DOI: 10.36416/1806-3756/e20200363.

GIOMBELLI, M. F. *et al.* Panorama das Clínicas e Hospitais 2021. **Doctoralia e Tuotempo**, 2021. Disponível em: <https://clinicas.doctoralia.com.br/hubfs/BR-panorama-das-clinicas-e-hospitais-2021.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2021.

MORSCH, J. A. **O que é telemedicina, como funciona e para que serve?** 15 out. 2020. Disponível em: <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/telemedicina>. Acesso em: 19 nov. 2021.

PALMA, E. M.; SANTOS, T. A. D.; KLEIN, A. Fatores que influenciam a aceitação de telemedicina por médicos no Brasil. **Revista Alcance**, v. 28, n.1, p. 118-138, abr. 2021. DOI: 10.14210/alcance.v28n1(Jan/Abr).p118-138.

SÁNCHEZ, F. B.; PITTA, L. S. R.; ROCHA, R. N. M. **Manual de Orientação Sobre Telemedicina.** 2020. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal - CRM-DF. Disponível em: https://crmdf.org.br/wp-content/uploads/2021/05/cartilha_telemedicina_crm-df_covid_19.pdf. Acesso em: 19 nov. 2021.

Os impactos das artes visuais em estudantes de Medicina, médicos e pacientes

Raissa Soares Pereira⁸⁶

Priscila Soares Pereira⁸⁷

A arte é consolar aqueles que são quebrados pela vida.

Vincent Van Gogh

Empatia é se colocar no lugar do outro, reconhecendo suas emoções. Ela tem uma base neurofisiológica que comprova como o corpo do indivíduo reage ao testemunhar a dor de outra pessoa, além do reconhecimento de sentimentos através da observação. Esses dois elementos são essenciais na construção da empatia, tornando-os fundamentais na interação humana. Ademais, a empatia não é uma habilidade, e sim algo mental que se nutre cotidianamente por meio da observação como porta para compreender o mundo de um indivíduo. Assim, a arte seria uma ferramenta imprescindível na formação médica para a construção dessa atitude por meio da literatura e das humanidades, humanizando os currículos (DOMINICZAK, 2017).

Apesar dos benefícios da empatia e do humanismo, a presença desses elementos na medicina ainda é consideravelmente recente e já passaram por diversas mudanças ao longo da história de formação das escolas médicas. O Relatório Flexner de 1910 propôs que as escolas de Medicina americanas implementassem um modelo pautado na técnica de pesquisa e de investigação. No entanto, muitos se opuseram

86 Graduanda do curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

87 Médica pela Universidade Federal de Sergipe e residente de Dermatologia no Hospital Universitário – HU-UFS.

a esse modelo, como Sir Dr. William Osler, que via esse caminho como prejudicial para o aspecto humanista da medicina. Os avanços técnicos marcaram o início do século XX, elevando o poder da profissão médica, porém esse período também foi marcado pela arrogância, com doutores descritos como robôs, sem considerar a humanidade de seus pacientes, prejudicando essa relação. Tal situação estimulou o surgimento, na década de 1960, de um novo segmento da advocacia focado nos direitos do paciente. Essa visão deteriorada em relação aos médicos foi ainda mais afetada pela exposição de experimentos humanos realizados na Alemanha nazista durante a Segunda Guerra Mundial e no Instituto Tuskegee no Mississippi (RABINOWITZ, 2021).

A mudança de pensamento começou ainda na década de 1960, com o reconhecimento da necessidade de reinserir o humanismo na medicina. Uma das principais vozes desse movimento foi Dr. Edmund Pellegrino, que frisou a importância da literatura, história e filosofia como meios de transformar as atitudes profissionais (RABINOWITZ, 2021).

Apesar dos avanços, o cenário atual não é muito animador. Segundo o Relatório Curricular sobre Humanidades Médicas de 2015-2016, pouco mais de 50% das escolas médicas americanas ofereciam a disciplina Humanidades Médicas como obrigatória, o que mostra a falta de cooperação das faculdades (RABINOWITZ, 2021).

Mesmo com a discussão sobre humanidades em medicina já durar mais de 60 anos, o seu ensino nas instituições ainda é marcado por desafios, como o currículo médico, composto em sua grande parte por questões técnicas, sem espaço para as humanidades (HORTON, 2019).

A arte traz inúmeros benefícios à medicina, entre eles uma melhoria na capacidade de observação, trazendo impactos desde o início da formação acadêmica.

O ensino de habilidades de observação é fundamental na medicina, pois é através delas que informações importantes podem ser percebidas (BRAMSTEDT, 2016).

É comum que estudantes de Medicina vejam o paciente apenas como um corpo e suas partes. No entanto, ao terem contato com atores em projetos artísticos, percebem outros elementos que ampliam a noção do indivíduo, como sua linguagem corporal, formando uma percepção mais humanista sobre o paciente, percebendo coisas que podem estar omitidas por medo

ou incapacidade de expressão, informações que podem ser importantes para um diagnóstico mais preciso (BRAMSTEDT, 2016).

Foram analisados três cursos de treinamento em artes visuais da Escola de Medicina de Harvard e do *Brigham and Women's Hospital* – BWH, baseando-se na Estratégia de Pensamento Visual, utilizada em educação artística, que promove a habilidade de ampliação do pensamento. As Estratégias de Pensamento Visual – VTS são baseadas em três perguntas: o que está acontecendo nesta imagem? O que você vê que te faz dizer isso? O que mais você pode encontrar? (KATZ; KHOSHBIN, 2014).

Curso 1: Treinando o Olho: Melhorando a Arte do Diagnóstico Físico

Melhorar as habilidades em exames físicos, comunicação, observação, descrição, aumentando a confiança do aluno. Os alunos aprendem conceitos de arte e associação ao contexto médico, além de oficinas de desenho e leitura e palestras e estudos de caso. A observação é treinada com obras de arte em museus (KATZ; KHOSHBIN, 2014).

Curso 2: O Currículo Humanístico da Residência de Medicina Interna do BWH

Aborda o humanismo e a empatia, evitando desumanizar o residente, objetivando o seu bem-estar. Uma das etapas do treinamento é a sessão Noite no Museu de Belas Artes, explorando obras de arte e utilizando as Estratégias de Pensamento Visual, correlações metafóricas com a medicina, reflexão sobre a morte pela observação de um sarcófago e meditação em um templo budista (KATZ; KHOSHBIN, 2014).

Curso 3: Currículo Multidisciplinar de Formação de Equipes

Para evitar que o ponto de vista médico seja o único priorizado, melhorando o trabalho em equipe, valorizando o respeito e excluindo hierarquias. É realizada a análise da comunicação entre profissionais de vários setores da saúde. É composto por avaliação conjunta de esculturas, criação de poemas baseados em quadros, análise de obras complexas, promovendo o reconhecimento do valor da comunicação, do trabalho em equipe e de ouvir diferentes opiniões (KATZ; KHOSHBIN, 2014).

Em resumo, o resultado da análise afirma como as humanidades se mostram fundamentais na construção da empatia, relacionando os aspectos racionais e emocionais dos profissionais. Melhoram as competências médicas e a relação médico-paciente, a qual é ambígua, assim como as obras de arte. É no museu que o estudante está longe das

pressões do curso e pode relaxar, trazendo resultados positivos (KATZ; KHOSHBIN, 2014).

Outrossim, numa pesquisa feita na Universidade Bond da Austrália, após a inserção de um novo currículo de humanidades na medicina, a maioria dos alunos percebeu uma melhoria do pensamento reflexivo e das habilidades de observação, além de, após a conclusão desse currículo, 40% dos alunos utilizaram a criação e observação de artes como um alívio de estresse, algo importante perante as pressões que a carreira médica proporciona (BRAMSTEDT, 2016).

Além dos inúmeros ganhos gerados pelas artes visuais aos estudantes, é necessário enfatizar seus impactos na vida dos médicos.

A arte ajuda o profissional a relatar e compreender o seu trabalho, tirando-o da perspectiva única de fazer trabalhos técnicos, melhorando o autocuidado. Por meio da análise de ensaios, a exploração de sentimentos por meio da arte amplia o conhecimento do médico em relação ao paciente, além de ajudar na interpretação de casos, aceitar incertezas e analisar histórias (CHARON; SHIP; ASCH, 2019).

O uso das humanidades possibilita ao profissional entender melhor os aspectos individuais de cada paciente, não o limitando à doença. Essa habilidade pode ser adquirida através da literatura e das artes, trabalhando a sensibilidade e a compreensão dos profissionais da saúde, pois estes, antes de serem médicos, precisam ser humanos. As humanidades impedem que o médico se torne mecânico e frio, pois o conhecimento técnico ensina a tratar a doença, mas não ajuda o paciente a viver com a doença (HORTON, 2019).

O cenário recente dos profissionais médicos mostra um elevado grau de Burnout, depressão, insatisfação e suicídio. Um médico só pode cuidar da saúde de um paciente se cuidar da própria saúde (RABINOWITZ, 2021).

As humanidades são importantes na prevenção do Burnout, esgotamento que leva à falta de empatia devido à insatisfação no trabalho e às grandes expectativas, com as humanidades sendo um meio de resignificar e se reconectar com os seus valores. A promoção dessa sensibilidade permite uma visão holística da condição do paciente, tornando o médico mais aberto às diversidades, além de as humanidades se

tornarem um local de exploração de temas mais difíceis, como medos e inseguranças (ONG; ANANTHAM, 2019).

Cada área das artes traz benefícios específicos aos seus praticantes. As artes visuais ajudam na linguagem corporal e na comunicação não verbal, o drama melhora a comunicação, a fotografia aprimora a observação, e a história melhora os relacionamentos entre as partes (ONG; ANANTHAM, 2019).

Há também relatos dos benefícios das artes para os pacientes, que usam esse instrumento como um meio de acolhimento em momentos tão difíceis, mostrando a importância de trazer obras artísticas para os ambientes de contato com o doente.

Nos modernos hospitais dos Estados Unidos, o quadro branco é uma característica comum dos quartos dos pacientes. É onde a equipe médica planeja o cuidado de cada paciente e facilita a comunicação entre os profissionais. No entanto, esses quadros são descritos como privação estética, aparentando severidade e seriedade para os pacientes (GEORGE; DE BOER; GREEN, 2017).

Um médico cientista social e especialista em artes do Departamento de Humanidades da Faculdade de Medicina do Estado da Pensilvânia realizou um estudo em um Instituto do Câncer, no qual transformava o ambiente clínico com a fixação de obras artísticas ao lado dos quadros brancos característicos, dividindo os pacientes em três grupos: os que escolheram qual obra queriam, os que os estudantes escolheram e os que não quiseram uma obra no quarto (GEORGE; DE BOER; GREEN, 2017).

Não foi encontrada nenhuma diferença na autoavaliação de dor, depressão, ansiedade e satisfação entre os três grupos. No entanto, entrevistas com os grupos que receberam as obras de arte relataram como viam os quadros brancos de forma negativa, colocando as artes como objetos que os transportavam para locais fora do ambiente hospitalar. Houve pensamentos como a volta para casa, paz, longevidade, sobrevivência e animação (GEORGE; DE BOER; GREEN, 2017).

Além disso, pacientes relataram como as pinturas mudaram o ambiente de cuidados, pois ofereciam uma oportunidade de conversa voltada para a arte, tirando a atenção até então voltada totalmente para a doença. Relatos do grupo que escolheu a obra de arte dizem apreciar a possibilidade de mudar o aspecto do seu quarto, com esse poder de

decisão em um momento tão difícil em suas vidas, que antes era ignorado, encorajando a sensação de controle de algo. O experimento foi importante para o aprendizado sobre o valor da escolha, com a arte como um bálsamo de humanização (GEORGE; DE BOER; GREEN, 2017).

Diante do exposto, são visíveis a importância das artes na humanização da medicina e a necessidade da sua aplicação ao longo do curso e durante o exercício da profissão, já que impacta positivamente três elos importantes dessa área.

O ensino de humanidades não garante o desenvolvimento do humanismo no médico, apenas estimula a criação de sensibilidade. Diante dessa situação, muitas instituições pedem a revisão do currículo e o estudo de melhores práticas para o ensino das humanidades, como a inclusão de aulas de especialistas nas artes humanas, pois ainda não há um consenso sobre a forma mais eficaz de passar esse conhecimento, o que gera a desistência de muitos acadêmicos em continuar devido às limitações da disciplina (HORTON, 2019).

Além disso, não há um consenso e nem pesquisas suficientes sobre a melhor e a mais eficaz abordagem do ensino humanista nas escolas médicas, mas há o reconhecimento do incentivo a tais práticas (RABINOWITZ, 2021).

Comentário do especialista⁸⁷

A arte influencia a minha vida como médica a partir do momento em que me aproxima da minha função e ao mesmo tempo me afasta para poder viver os outros papéis da minha vida.

A faculdade de Medicina há muito tempo se tornou um curso muito técnico e enrijecido; passamos horas e horas lendo livros enormes e assistindo a aulas com o intuito de saber diagnosticar e tratar o nosso doente. Essa parte técnica é extremamente importante na formação do profissional, porém acabamos nos levando por uma onda e nos esquecemos da parte humana da medicina e principalmente dos nossos outros papéis na vida além de sermos médicos.

A arte pode ser encontrada em diversas atividades no nosso dia e pode nos auxiliar a trabalhar mais o nosso lado humano na medicina e a nossa vida pessoal. A execução de trabalhos manuais, como bordado e crochê, me auxiliou a adquirir mais paciência na minha rotina corrida,

ver as situações de outra forma e, principalmente, perceber que a vida é muito mais do que apenas medicina e que a medicina é muito mais do que o combo diagnóstico e tratamento.

O trabalho do médico envolve acolhimento e empatia, é perceber que naquele momento você é o instrumento de esperança daquele paciente, é viver o presente e perceber que ali não é só mais um paciente, é uma história, e você se tornou um personagem importante naquele enredo.

Quando estou fazendo uma peça de bordado ou crochê, eu estou vivendo aquele momento presente, coloco atenção e amor em cada peça, eu dou o meu melhor. Ao mesmo tempo que descanso a minha mente das atribuições da minha profissão, trabalho o meu lado criativo, lado esse que pode ser usado em diversas áreas da minha vida.

REFERÊNCIAS

BRAMSTEDT, K. A. The Use of Visual Art as a Window to Diagnosing Medical Pathologies. **AMA Journal of Ethics**, [S. l.], v. 18, ed. 8, p. 843-854, 1o ago 2016. DOI: 10.1001/journalofethics.2016.18.8.imhl1-1608. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27550570/>. Acesso em: 21 abr. 2022.

CHARON, R.; SHIP, A.; ASCH, S. Arts, Humanities, Medicine, and Discovery: a Creative Calling. **Journal of General Internal Medicine**, [S. l.], v. 35, ed. 2, p. 407-408, 2 dez. 2019. DOI: 10.1007/s11606-019-05513-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31792859/>. Acesso em: 25 mar. 2022.

DOMINICZAK, M. H. Empathy, the Arts, and the Practice of Medicine. **Clinical Chemistry**, [S. l.], v. 63, ed. 3, p. 796-797, 1o mar. 2017. DOI 10.1373/clinchem.2016.266775. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28242842/>. Acesso em: 21 mar. 2022.

GEORGE, D. R.; DE BOER, C.; GREEN, M. J. That Landscape Is Where I'd Like To Be... Offering Patients With Cancer a Choice of Artwork. **JAMA**, [S. l.], v. 317, p. 890-892, 7 mar. 2017. DOI doi:10.1001/jama.2017.1233. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28267834/>. Acesso em: 21 mar. 2022.

HORTON, M. E. K. The orphan child: humanites in modern medical education. **Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine**, Atlanta, [S. l.] v. 14, ed. 1, p. 1-6, 4 jan. 2019. DOI: 10.1186/s13010-018-0067-y. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30616581/>. Acesso em: 21 abr. 2022.

KATZ, J. T.; KHOSHBIN, S. Can Visual Arts Training Improve Physician Performance? **Transactions of the American Clinical and Climatological Association**, [S. l.], v. 125, p. 331-342, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25125749/>. Acesso em: 22 mar. 2022.

ONG, E. K.; ANANTHAM, D. The Medical Humanities: Reconnecting with the Soul of Medicine. **Annal, Academy of Medicine**, Singapore, [S. l.], v. 48, n. 7, p. 233-237, jul. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31495869/>. Acesso em: 21 abr. 2022.

RABINOWITZ, D. G. On the arts and humanities in medical education. **Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine**, [S. l.], v. 16, ed. 1, 30 jun. 2021. DOI: 10.1186/s13010-021-00102-0. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34193234/>. Acesso em: 22 mar. 2022.

O médico em face da morte

Bruna Jijyon Familia Lourenço⁸⁸

Rivia Siqueira Amorim⁸⁹

Não gosto de morte. Faço o possível para manter o paciente vivo, não gosto da sensação de impotência (Cirurgiã e clínica geral, 25 anos de formada)” (TAMADA *et al.*, 2017).

“Não existe preparo e nenhum protocolo para lidar com o óbito. Sempre tento me manter calmo, explicar e demonstrar a causa da morte, assim como tento me colocar à disposição para diminuir o sentimento da perda (Cardiologista, 7 anos de formado)” (TAMADA *et al.*, 2017).

“Eu acho que ainda com muito receio. Com medo de acontecer, rezando pra não acontecer no meu plantão (Enfermeira)” (LIMA; ANDRADE, 2017).

“É horrível, eu não sei lidar, eu tenho que aprender a lidar com isso, eu não sei o que dizer, eu não sei. Eu queria esse suporte só pra eu saber o que dizer, e não falar besteira (Terapeuta Ocupacional)” (LIMA; ANDRADE, 2017).

Relatos como os citados são comumente ouvidos no cotidiano médico e não nos surpreendem. É possível ver o desconforto dos profissionais ao lidar com a morte, uma vez que ela é um acontecimento pouco discutido. Ao longo do desenvolvimento da sociedade, a morte foi se tornando distante do cotidiano das pessoas, resultado também de uma fragilidade das relações interpessoais, e, conseqüentemente, falar sobre ela é algo muito delicado e longínquo (TAMADA *et al.*, 2017).

88 Graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

89 Geriatra pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP-USP, doutora em Geriatria pelo HCFMRP-USP e professora adjunta da Universidade Federal de Sergipe.

Em tempos remotos, o falecimento de um ente querido era mais íntimo, normalmente ocorria uma reunião, e o paciente, no seu lar, ditava seus últimos desejos e conselhos para a família, e essa realidade se refletia nos médicos. Somado a isso, outrora, ocorriam muitas epidemias que assolavam a população, como da varíola, da gripe espanhola e da febre amarela, e, assim, a morte era uma realidade muito próxima do médico (KÜBLER-ROSS, 2008).

Em contraposição, na atual década, temos a hospitalização da morte, pois os pacientes morrem nos hospitais, e em seguida seu velório é realizado em funerárias. Esse falecimento, agora tratado com menos naturalidade e, muitas vezes, como resultado de falhas médicas, bem como do tratamento, denota o fenômeno do distanciamento, o qual implica diretamente sobre os profissionais da saúde e, especialmente, nesta abordagem, o médico (BOBBIO, 2016).

Segundo Ivan Illich (1975), citado por Tabet e Garrafa (2016), a morte passou por cinco distintos estágios:

1. A dança dos mortos, no século XIV, em que as pessoas dançavam sobre os túmulos, demonstrando a alegria em estarem vivos. Neste estágio, o médico se encontrava numa posição de afastamento.
2. A dança macabra, entre os séculos XV e XVI, em que se inicia uma visão da morte como interrupção da vida e não mais um prolongamento dela. Há também o surgimento de dois papéis do médico, uma dicotomia entre curar a doença ou acelerar a morte, visto que esta, dependendo da situação do indivíduo, era tida como um castigo ou como uma dádiva.
3. A morte burguesa, durante o século XVII, que inicia a preocupação com a longevidade, sobretudo em indivíduos com menor vulnerabilidade socioeconômica, de modo que o seu pensamento é de obter controle também sobre o seu tempo de vida, e tem o objetivo de estendê-lo. O médico, por sua vez, busca mais conhecimento acerca do corpo humano, com o início da dissecação de cadáveres, prática proibida na Idade Média, quebrando a ideia da sacralidade do corpo humano promovida na época.
4. A morte clínica, em meados do século XIX, tipificada por um novo cenário de epidemias, como da peste negra, e de fome, conjuntura

que fez o médico intervir até em situações sem solução a fim de tentar prolongar a vida.

5. A medicina na pessoa do médico, no século XX, na qual o profissional, com sua excelente formação científica, era exaltado por sua capacidade de curar. Como resultado, a morte tornou-se um conjunto de causas clínicas e perdeu tanto a sua intimidade quanto a visão de que é parte do ciclo natural da vida.

Na contemporaneidade, com os avanços tecnológicos na área da saúde, a exemplo do surgimento de respiradores artificiais, máquinas de diálise e aprimoramento de técnicas cirúrgicas, o médico dispõe de mais meios para realizar diagnósticos e é capaz de fazer tratamentos mais exatos, fenômeno que, aliado ao desenvolvimento da indústria farmacêutica e com medicamentos mais assertivos, faz com que o profissional se sinta mais frustrado e impotente quando o paciente vem a óbito (TABET; GARRAFA, 2016).

Desse modo, é evidenciada uma visão da morte como um fracasso, uma vez que há um pensamento voltado aos aspectos patológicos e não aos gerais do paciente, denotando o despreparo de muitos profissionais da medicina, durante a sua formação, em manejar um episódio de perda (MONTEIRO, 2017).

Ao longo desse período, os profissionais de saúde, sobretudo os médicos, são preparados para lidar com a morte de uma forma técnica e, assim, se preocupam em preservar a vida do paciente, negligenciando o seu lado humano. Tendo em vista a carência de um ensinamento acerca da finitude da vida num aspecto mais humanizado, os estudantes da saúde procuram novas soluções para se tornarem mais aptos a lidar com o óbito dos seus pacientes, sem que ocorram maiores desgastes emocionais e sentimentos de angústia perante esse acontecimento (TAMADA *et al.*, 2017).

No que diz respeito à forma como os médicos lidam com a morte, percebe-se o grande uso de eufemismos e que debates sobre ela são considerados mórbidos (KÜBLER-ROSS, 2008). De acordo com esse pensamento, os profissionais tentam a todo custo salvar seu paciente, de modo que não precisem lidar com esse processo. Contudo, ante isso, para auxiliar os profissionais na ortotanásia de seus pacientes, existe a Resolução nº 1.805/2006, do Conselho Federal de Medicina – CFM, que

fala acerca da suspensão de cuidados médicos com o objetivo de tentar encontrar uma cura em pacientes terminais, entretanto somente com a sua autorização ou, caso esteja impossibilitado de tomar decisões, do responsável legal – a fim de lhe proporcionar uma melhor qualidade de vida por meio da medicina paliativa, considerada especialidade médica desde 2010 (MALTA; RODRIGUES; PRIOLLI, 2018). Com isso, é possível que o paciente possa aproveitar seu pouco tempo de vida e ter uma morte mais tranquila, vivendo até mesmo o seu próprio luto.

Contudo, ainda é imprescindível a construção de uma base educacional médica que não só trabalhe com os aspectos dos cuidados paliativos, mas também com os aspectos emocionais do médico que envolvem a terminalidade da vida (MALTA; RODRIGUES; PRIOLLI, 2018). A incorporação de disciplinas que tratem da finitude da vida, de cuidados e de como lidar com ela, além de discussões sobre o tema, aumentam nos estudantes de Medicina a sua habilidade de comunicação, a firmeza e a positividade nas suas atitudes em relação à morte, reduzindo, assim, a sua insegurança e o pavor diante dela, de modo que estejam mais preparados quando chegar o momento de enfrentá-la (SANTOS; PINTARELLI, 2019).

Comentário da especialista⁸⁹

O despreparo para lidar com a morte de um paciente por parte dos profissionais da saúde advém de um conjunto de fatores: a formação acadêmica com ideologias paternalistas, principalmente na medicina, em que o médico “detém a verdade” e, por isso, não pode falhar, e a morte, por consequência, seria o atestado de sua falha; a formação religiosa, por meio da qual se pode interpretar a morte como um abandono divino em relação àquele ser e ao seu cuidador; a formação cultural, na qual o desenvolvimento das ciências da saúde e suas tecnologias duras para mais rápido diagnosticar as doenças e mais rápido tratá-las causa na população um distanciamento da finitude humana em busca de um elixir infinito de vida.

Atrelado a essa série de fatores, há o desconhecimento e a inexperiência dos profissionais de saúde, em particular os médicos, quanto à comunicação em saúde, não sendo a adequada comunicação um

privilégio, um dom dado a poucos, mas sim um conhecimento que pode ser adquirido e aperfeiçoado por meio de estudos, aulas e práticas da habilidade de comunicação. Assim, a dificuldade de diagnosticar o processo ativo de morte/fim de vida, devido a não aquisição de conhecimentos para tal, na formação acadêmica, associada ao não desenvolvimento da habilidade de comunicação, gera nos médicos o medo da morte de um paciente.

Frente a um paciente em processo ativo de morte ou em morte, os médicos se isolam e se fecham em seus jalecos, como armaduras protetoras do desespero do paciente e de seus familiares, e optam por usar linguagem técnica, não compreensível pelos outros, para distanciar e para “esfriar”, “congelar” a relação, com a desculpa de que *“o médico não pode se envolver com a morte dos seus pacientes porque senão não vive”*, como muitas vezes é referido na cultura leiga e médica. Todavia, é impossível o médico passar sem sentimentos diante do fim de uma vida; é irreal a ideia de que o médico não se comove com os sentimentos envolvidos na situação de fim, esse médico que tem o privilégio de cuidar de alguém até o seu final.

Ficaria mais fácil se, como profissionais de saúde, começássemos a enxergar a importância de estarmos presentes e de promovermos o nascimento de um ser, assim como a importância de estarmos presentes e de promovermos um final digno, humano e com mais sentido e significado para um ser. Só ao sabermos e enxergarmos essa real importância é que conseguiremos mudar nossa postura frente ao paciente que morre e à sua família. Só fazendo reflexões dessa natureza é que mudaremos o ensino nas universidades, com o olhar para o diagnóstico, o manejo da morte e a comunicação nessas circunstâncias, assim é que teremos força para mudar a cultura.

REFERÊNCIAS

- BOBBIO, M. **O doente imaginado**. 1. ed. São Paulo: Bamboo editorial, 2016. 207 p.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 164 p.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 9. ed. atual. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 304 p.

LIMA, M. J. V.; ANDRADE, N. M. A atuação do profissional de saúde residente em contato com a morte e o morrer. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 958-972, 2 out. 2017. DOI: 10.1590/s0104-12902017163041.

MALTA, R.; RODRIGUES, B.; PRIOLLI, D. G. Paradigma na Formação Médica: Atitudes e Conhecimentos de Acadêmicos sobre Morte e Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 34-44, 22 maio 2018. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n2rb20170011.

MONTEIRO, D. T. Apresentação. In: MONTEIRO, D. T. **Morte e vida em cena**: descortinando o interdito sobre (vi)ver o cuidado na morte e no morrer de pacientes. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [S. l.], 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/174493/001063887.pdf?sequence=1>. Acesso em: 13 out. 2019.

SANTOS, T. F. dos; PINTARELLI, V. L. Educação para o Processo do Morrer e da Morte pelos Estudantes de Medicina e Médicos Residentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 43, n. 2, p. 5-14, jun. 2019. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n2rb20180058.

TABET, L. P.; GARRAFA, V. Fim da vida: morte e eutanásia. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, v. 12, p. 1-16, 16 dez. 2016. DOI: 10.26512/rbb.v12i0.7674.

TAMADA, J. K. T. *et al.* Relatos de médicos sobre a experiência do processo de morrer e a morte de seus pacientes. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 96, n. 2, p. 81-87, 9 jun. 2017. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v96i2p81-87.

Aspectos legais da declaração de óbito

Izabella Oliveira Costa⁹⁰

Maria Helena Prado de Mello Jorge⁹¹

O óbito, de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, é definido como “o desaparecimento permanente de todo sinal de vida, em um momento qualquer depois do nascimento, sem possibilidade de ressuscitação” (BRASIL, 2009a). Considera-se óbito não apenas a cessação definitiva de atividade respiratória, cardíaca e neuropsíquica, mas também a cessação da atividade cerebral ou morte encefálica, podendo, a partir desta, o falecimento ser atestado, como dispõe o art. 3º da Lei nº 9.434, 4 de fevereiro de 1997 (BRASIL, 1997; LAURENTI; MELLO JORGE, 2015).

Na esfera jurídica, a morte é o cessar da personalidade civil e dos direitos individuais e a transferência de outros direitos a sucessores (FIGUEIREDO, 2020). O início da existência de pessoa natural através do nascimento com vida e o término, através da morte, são asseverados pelo Código Civil em seus artigos 2º e 6º (LOPES, 2011).

Art. 2º. A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro.

Art. 6º. A existência da pessoa natural termina com a morte; presume-se esta, quanto aos ausentes, nos casos em que a lei autoriza a abertura da sucessão definitiva (BRASIL, 2002).

90 Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

91 Advogada pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Atualmente, é professora associada da Universidade de São Paulo (aposentada) e professora sênior da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Departamento de Epidemiologia).

Ainda que a morte constitua importante marco do ponto de vista legal, sua definição não se limita às leis e à dogmática jurídica, como é demonstrado através da intersecção entre a Medicina Legal, a Tanatologia e o Direito no que se refere aos fenômenos de vida e morte (FIGUEIREDO, 2020).

A comprovação e o registro do óbito satisfazem interesses epidemiológicos, sociais, políticos, científicos, educacionais, éticos e jurídicos (FRANÇA, 2017; RUIZ *et al.*, 2017). A Certidão de Óbito lavrada em Cartório de Registro Civil, como descrito no art. 77 da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, representa prova absoluta e incontestável do desaparecimento do indivíduo e é indispensável para as formalidades legais do sepultamento (LAURENTI; MELLO JORGE, 2015; FRANÇA, 2017).

Art. 77. Nenhum sepultamento será feito sem certidão do oficial de registro do lugar do falecimento ou do lugar de residência do de cujus, quando o falecimento ocorrer em local diverso do seu domicílio, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte (BRASIL, 1973).

A Declaração de Óbito – DO, conforme estabelecido no art. 10º da Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009, do Ministério da Saúde, constitui-se como documento nacional padrão que alimenta o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (BRASIL, 2009b; LAURENTI; MELLO JORGE, 2015; SAITO *et al.*, 2020).

Art. 10. Deve ser utilizado o formulário da Declaração de Óbito (DO), constante no Anexo I desta Portaria, ou novos modelos que venham a ser distribuídos pelo Ministério da Saúde, como documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre óbitos e considerado como o documento hábil para os fins do Art. 77, da Lei nº. 6.015/1973 para a lavratura da Certidão de Óbito, pelos Cartórios do Registro Civil (BRASIL, 2009b).

A publicação da Lei nº 11.976, de 7 de julho de 2009, consolida legalmente a DO como documento oficial: “Art. 1º O documento oficial do

Sistema Único de Saúde para atestar a morte de indivíduos, pacientes e não pacientes, é a Declaração de Óbito” (BRASIL, 2009c).

O formulário em vigor é composto por nove blocos divididos em 59 campos e corresponde a três vias autocopiativas com destinos definidos. A primeira via, de cor branca, é encaminhada aos serviços locais encarregados das estatísticas de saúde; a segunda, de cor amarela, é destinada à família para efetivação do Registro Civil da morte e realização do sepultamento, e a terceira, de cor rosa, permanece na instituição como documento integrante do prontuário do paciente (LAURENTI; MELLO JORGE, 2015; SAITO *et al.*, 2020).

Além de servir como instrumento para as finalidades jurídicas, a DO é imprescindível para o planejamento em saúde pública (BRASIL, 2009a). A partir das informações obtidas pelo correto preenchimento, viabiliza-se a elaboração de estatísticas da causa da morte, possibilitando diagnósticos demógrafo-sanitários e estratégias de prevenção da doença que, em uma sequência fisiopatológica estabelecida, culminaria em óbito (FRANÇA, 2017; SCHUPPENER; OLSON; BROOKS, 2019).

O valor epidemiológico advindo da análise desse documento norteia a criação e a implementação de políticas públicas de saúde, que vão desde a realização de ações estatais até medidas efetivas de controle da pandemia por Covid-19, por exemplo (BARBERÍA; PUJOL-ROBINAT; ARIMANY-MANSO, 2020; SAITO *et al.*, 2020).

O êxito em transformar as informações contidas na DO em programas e ações de saúde de qualidade depende da precisão dos dados coletados, sendo assim um imperativo ético para os médicos o seu correto preenchimento por completo, valorizando a autenticidade, a integridade, a confiabilidade e a acessibilidade, uma vez que a emissão da DO constitui ato médico, como consta na Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009 (BRASIL, 2009b; SILVA *et al.*, 2016).

Art. 17. A emissão da Declaração de Óbito (DO) é de competência do médico responsável pela assistência ao paciente, ou substitutos, excetuando-se apenas os casos confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, quando a responsabilidade por esse ato é atribuída ao médico do IML ou equivalente.

Art. 18. Os dados informados em todos os campos da DO são de responsabilidade do médico que atestou a morte, cabendo

ao atestante preencher pessoalmente e revisar o documento antes de assiná-lo (BRASIL, 2009b).

O Código de Ética Médica, proposto pela Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e nº 2.226/2019, determina normas éticas concernentes à responsabilidade médica diante da DO.

É vedado ao médico:

Art. 83. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

A Resolução nº 1.779/2005, de 11 de novembro de 2005, do Conselho Federal de Medicina, trata do preenchimento de dados e regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da DO, além de estabelecer as normas e condutas propostas para cada situação (FRANÇA, 2017).

Art. 1º O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte.

Art. 2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão às seguintes normas:

1) Morte natural:

I. Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos (SVO): A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO;

b) Nas localidades sem SVO: A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

II. Morte com assistência médica:

a) A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente.

b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta por médico substituto pertencente à instituição.

c) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;

d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

2) Morte fetal: Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500(quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

3) Mortes violentas ou não naturais: A Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único. Nas localidades onde existir apenas 1 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005).

A legislação em vigor confere ao médico responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e pela assinatura da DO, sujeitando-o às penalidades previstas no Código Penal e na legislação dos Conselhos de Medicina em caso de erros, imprecisões, descuidos e omissões (BRASIL, 2009a; LOPES, 2011).

É importante ressaltar que as análises referentes a óbitos e óbitos fetais são feitas separadamente, devendo o médico identificar na DO quando o óbito é fetal. Caracteriza-se como óbito fetal a morte do conceito antes da expulsão do corpo da mãe, qualquer que seja a duração da gestação (BRASIL, 2009a).

As perdas fetais eram classificadas, até 1995, em precoces, intermediárias e tardias, segundo a idade gestacional. Entretanto, a partir de 1996, quando se atualizou o conceito de período perinatal, e de 2005, quando foi publicada a Resolução CFM nº 1.779/2005, passaram a ser

consideradas características do óbito fetal a idade gestacional, o peso corporal do feto e a estatura, com o intuito de reduzir as limitações de utilizar apenas o critério do tempo para a definição de cadáver. Nos casos de feto com idade gestacional menor que 20 semanas, peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros, sem sinais vitais, não é obrigatório o fornecimento da DO, ainda que o registro da perda possa servir como dado epidemiológico para o estudo dos abortamentos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005; LAURENTI; MELLO JORGE, 2015).

Nos casos de morte decorrente de causas externas, o médico legista deve realizar o exame necroscópico e emitir a DO, sendo a causa da morte a conclusão do laudo necroscópico. Nos locais sem Instituto Médico Legal – IML ou equivalente, a DO deverá ser preenchida por qualquer médico da localidade ou profissional designado pela autoridade judicial ou policial (peritos ad hoc) (FRANÇA, 2017). Devem ser descritos o tipo de violência ou se foi acidente de trabalho, o local da ocorrência e uma descrição sumária do evento, devendo ser anotada a fonte das informações (LAURENTI; MELLO JORGE, 2015).

Apesar do livre acesso às leis e normas vigentes e aos materiais disponíveis sobre o preenchimento da DO, destaca-se a significativa falta de conhecimento desses preceitos pelos médicos, os quais podem se expor às penas determinadas pela legislação devido ao não cumprimento da lei, como, por exemplo, em caso de fornecimento da DO pelo médico assistente nas mortes por causas externas, ainda que o indivíduo tenha sido hospitalizado, pois, nesse contexto, somente o IML tem competência para esse ato (LAURENTI; MELLO JORGE, 2015).

Diversos estudos apontam a presença de pelo menos um erro no preenchimento da DO, seja ele por definição incorreta da causa básica de morte, utilização de termos e expressões vagas e inespecíficas, uso de abreviaturas e de letra não legível ou presença de campos vazios. Isso afeta negativamente a análise do ponto de vista epidemiológico, como se exemplifica em casos de óbito de mulher em idade fértil, em que, ao se deixar um dos campos da DO em branco, se perde uma informação decisiva que caracterizaria ou não uma morte materna (LAURENTI; MELLO JORGE, 2015; RUIZ *et al.*, 2017; SAITO *et al.*, 2020).

A precariedade vista nas declarações é entendida, fundamentalmente, como desconhecimento dos médicos acerca não só das implicações éticas, jurídicas e epidemiológicas da DO, mas também de como deve ser feito o preenchimento de forma correta, lógica e satisfatória. Soma-se à displicência dos próprios profissionais a formação médica deficiente, que falha em promover projetos de educação continuada e em desenvolver nos acadêmicos a percepção da relevância ética, jurídica e epidemiológica da DO. Segundo Silva *et al.* (2016), em estudo realizado com professores, residentes e estudantes de medicina do 12º período, com objetivo de avaliar o nível de conhecimento referente ao preenchimento de uma DO, os resultados revelaram que o desempenho dos professores foi inferior ao dos residentes e muito semelhante ao dos estudantes de Medicina, o que corrobora o pressuposto de déficit na educação médica, visto que o médico docente é quem transmite o conhecimento (LAURENTI; MELLO JORGE, 2015; SILVA *et al.*, 2016; SAITO *et al.*, 2020).

Por fim, evidencia-se a necessidade real de aprimoramento científico e educacional a respeito do correto preenchimento da DO e do que esta significa nos âmbitos epidemiológico, ético e jurídico. Reconhecer a associação entre a Medicina Legal e o Direito é fundamental para que se adotem condutas pertinentes e em conformidade com a legislação. Para isso, os profissionais envolvidos no processo de certificação do óbito, assim como os médicos em formação, devem receber educação continuada, objetivando reduzir a incidência de erros no preenchimento da DO e, sobretudo, assegurar o direito dos familiares de compreender com precisão as informações acerca da morte do ente querido (RUIZ *et al.*, 2017; SAITO *et al.*, 2020).

Comentário da especialista⁹¹

Somente comparados ao nascimento, em importância, o atestado e o registro do óbito permitem que a vida que se finda – retratada em seus aspectos ligados às doenças – continue a serviço da própria vida. Conhecer os que morrem quanto às suas características pessoais e, principalmente, quanto às causas responsáveis pelo óbito é um fator que vai se constituir em indicador de saúde, base para qualquer planejamento no setor.

Lembrando que o médico é sempre o responsável pela emissão da Declaração de Óbito – DO, a OMS, apoiada no disposto pela Assembleia Mundial da Saúde, em 1967, determinou que sejam registradas na parte médica dos atestados “todas as causas, afecções mórbidas que produziram ou contribuíram para a morte e/ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal” (OMS, 2008). O objetivo dessa resolução foi o de assegurar que toda informação relevante quanto às causas fosse registrada, devendo, entretanto, o atestante anotá-la segundo regras internacionais preestabelecidas.

No campo da DO em vigor no Brasil, a figura 1 mostra a ordem em que essas causas devem ser grafadas, obedecidas as definições de cada uma delas e mantendo, sempre, um só diagnóstico por linha.

Figura 1 – Condições e causas do óbito

40 CAUSAS DA MORTE	ANOTE SEMPRE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo que se passou entre o início da doença e a morte :	CID
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	a Causa imediata ou terminal Derivou como consequência de :		
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada mencionando-se em último lugar a causa básica.	b Causa intermediária Derivou como consequência de :		
	c Causa intermediária Derivou como consequência de :		
	d Causa básica da morte		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na cadeia acima.	Outros estados patológicos significativos que contribuíram para a morte, não estando, entretanto, relacionados com o estado patológico que a produziu.		

Na Parte I:

a. CAUSA IMEDIATA OU TERMINAL: é a causa responsável direta pela morte. Trata-se da consequência final das causas anteriores.

b. e c. CAUSAS CONSEQUENCIAIS são registradas nas linhas b) e c) da Parte I da DO e devem ser entendidas como "consequências" da causa básica.

d. CAUSA BÁSICA: anotada sempre em último lugar, na sequência das causas, é definida como: 1) doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou 2) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal (OMS, 2008).

A menção à causa básica é extremamente importante visto que, quanto à prevenção de cada morte, é necessário interromper a cadeia de eventos ou instituir a cura em algum ponto, prevenindo a ação da causa precipitante (OMS, 2008; LAURENTI; MELLO JORGE, 2015). É necessário lembrar que as estatísticas oficiais de mortalidade, internacionalmente, referem-se, sempre, a essa causa.

Na Parte II, devem ser informadas outras condições mórbidas preexistentes que não entraram na sequência referida na Parte I (BRASIL, 2007; LAURENTI; MELLO JORGE, 2015); são as chamadas afecções contribuintes ou contributórias.

Esse tipo de preenchimento vai permitir não só que se conheçam todas as causas presentes, mas, lendo a DO na sequência em que aparecem citadas (de cima para baixo), possibilita determinar a causa terminal, devida às causas consequenciais – que, por sua vez, decorrem da causa básica –, bem como a própria causa básica. Fazendo a leitura de baixo para cima, possibilita estabelecer a causa que, conforme referido, iniciou a cadeia de eventos que terminou com a morte.

O problema do tempo: trata-se do intervalo de tempo entre o início da doença e o óbito, e sua menção é relevante para a correta seleção da causa básica por ocasião de sua codificação.

CID – Classificação Internacional de Doenças: trata-se de espaço destinado aos codificadores das causas de morte, nos serviços de epidemiologia e estatística, correspondendo ao código de cada doença citada.

Prováveis Circunstâncias da Morte não Natural (DO preenchidas por legistas): é necessário o fornecimento das informações requeridas nesse campo da DO relativas às circunstâncias do evento, indicando, inclusive, se possível, o número do Boletim de Ocorrência Policial. É importante salientar que, nos óbitos decorrentes de causas externas, a causa básica será a circunstância do acidente/violência responsável pela lesão que levou ao óbito.

Nota: Exemplos do preenchimento de cada DO, com base em casos clínicos reais, são encontrados em Laurenti e Mello Jorge (2015). Atestados bem preenchidos não só trazem benefícios à Saúde Pública, como isentam o médico de qualquer problema com a área da justiça.

REFERÊNCIAS

BARBERÍA, E.; PUJOL-ROBINAT, A.; ARIMANY-MANSO, J. Aspectos médico-legales de la pandemia por COVID-19. **Revista Española de Medicina Legal**, [S. l.], v. 46, n. 3, p. 89-92, jul. 2020. DOI: 10.1016/j.rem.l.2020.05.012.

BRASIL. Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, 31 dez. 1973. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6015compilada.htm. Acesso em: 10 fev. 2022.

BRASIL. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, 5 fev. 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm. Acesso em: 10 fev. 2022.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, 11 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm. Acesso em: 10 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro da Classificação de Doenças. **Declaração de Óbito**: documento necessário e importante. Brasília, DF, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_de_obito_final.pdf. Acesso em: 10 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Declaração de Óbito**: documento necessário e importante. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_obito_3ed.pdf. Acesso em: 10 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Seção 1, p. 37-43. Brasília-DF, 12 fev. 2009b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html. Acesso em: 10 fev. 2022.

BRASIL. Lei nº 11.976, de 7 de julho de 2009. Dispõe sobre a Declaração de Óbito e a realização de estatísticas de óbitos em hospitais públicos e privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 jul. 2009c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11976.htm. Acesso em: 10 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 22 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://>

sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217. Acesso em: 10 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.779/05 (Publicada no DOU, em 5 dez 2005, Seção I, p. 121). **Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM nº 1.601/2000.** Brasília, 11 de novembro de 2005. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2005/1779>. Acesso em: 10 fev. 2022.

FIGUEIREDO, A. M. Tanatologia: Abordagem histórico-filosófico da morte no contexto da medicina legal e do direito. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 9, p. 26-55, out. 2020. DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/lei/medicina-legal.

FRANÇA, G. V. **Medicina Legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2017. Disponível em: https://www.academia.edu/41963457/Medicina_Legal_Genival_Veloso_de_Frana. Acesso em: 10 fev. 2022.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. **O atestado de óbito: aspectos médicos, estatísticos, éticos e jurídicos.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2015. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/pdfs/atestado_de_obito.pdf. Acesso em: 10 fev. 2022.

LOPES, J. C. N. Aspectos éticos e jurídicos da declaração de óbito. **Revista Bioética**, v. 19, n. 2, p. 367-382, 2011. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/634/661. Acesso em: 10 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10. rev. São Paulo: EDUSP, 2008.

RUIZ, L. *et al.* Certifying Death in the United States. **Journal of Forensic Sciences**, [S. l.], v. 63, n. 4, p. 1138-1145, 16 nov. 2017. DOI: 10.1111/1556-4029.13689.

SAITO, C. K. *et al.* Análise do preenchimento de declarações de óbito em Catanduva, São Paulo. **Revista Bioética**, v. 28, n. 4, 2020. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2132. Acesso em: 10 fev. 2022.

SCHUPPENER, L. M.; OLSON, K; BROOKS, E. G. Death Certification: Errors and Interventions. **Clinical Medicine & Research**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 21-26, 9 out. 2019. DOI: 10.3121/cmr.2019.1496.

SILVA, P. H. A. *et al.* Avaliação do Conhecimento de Médicos Professores, Residentes e Estudantes de Medicina acerca da Declaração de Óbito. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 40, n. 2, p. 183-188, jun. 2016. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n2e01532014.

Morte encefálica e o protocolo de doação de órgãos

Marcelle de Farias Argolo⁹²

Joshua Souza Fontes Santos⁹²

Bruno Fernandes de Oliveira Santos⁹³

Jorge Dornellys da Silva Lapa⁹⁴

INTRODUÇÃO

A proposta deste capítulo é abordar os aspectos legais do diagnóstico de morte encefálica e do protocolo de doação de órgãos. O transplante de órgãos é uma avançada terapia resultante da evolução científica da medicina e outras áreas da saúde (MEIRELLES JÚNIOR *et al.*, 2015). Nas esferas do governo, existem diversos projetos de lei sobre o assunto, cabendo aos profissionais da saúde de se atualizarem nos debates e conscientizar a população.

MORTE ENCEFÁLICA

A morte encefálica – ME é a definição legal de morte decorrente, segundo a Resolução nº 2.173/17, do Conselho Federal de Medicina – CFM, da cessação das atividades corticais e do tronco encefálico, caracterizada pelo “coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia” (CFM, 2017). Entender a ME é importante pelo fato de esta ser uma das condições fundamentais para a doação de órgãos *post mortem*.

92 Graduandos em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

93 Graduado pela Universidade Federal de Sergipe. Neurocirurgião pela Escola Paulista de Medicina – Unifesp. Membro titular da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia. Membro da Sociedade Brasileira de Radiocirurgia. Mestrado Profissional em Tecnologias e Atenção à Saúde.

94 Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe. Neurocirurgião pela Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia – PBHC. Residência em Dor-Neurologia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HCFMUSP. *Fellowship* em Neurocirurgia Funcional no HCFMUSP. Pós-graduando em Neurologia pelo HCFMUSP.

É também a Resolução nº 2.173/17 do CFM que orienta o diagnóstico de morte encefálica, determinando os pré-requisitos que devem ser atendidos a fim de se assegurar a confiabilidade do diagnóstico, evitando falsos positivos, que poderiam colocar em risco a vida de pacientes que não estejam em ME:

- a) O paciente apresenta uma lesão encefálica de natureza conhecida, irreversível e capaz de causar a morte, como, por exemplo, um traumatismo cranioencefálico grave;
- b) Não há fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico, como fármacos com ação depressora no sistema nervoso central, hipotermia ou distúrbio ácido-básico;
- c) O paciente deve estar em observação hospitalar há pelo menos 6 horas (em caso de encefalopatia hipóxico-isquêmica, pelo menos por 24 horas);
- d) A temperatura corporal do paciente deve ser superior a 35 °C, sua saturação arterial de oxigênio acima de 94%, pressão arterial sistólica maior que 100 mmHg ou pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg (pacientes menores que 16 anos apresentam valores pressóricos de referência diferenciados).

Essa mesma resolução determina que o diagnóstico de ME deve ser dado por dois médicos, sendo pelo menos um deles médico intensivista, neurologista, neurocirurgião, emergencista ou, na indisponibilidade destes, um médico capacitado para esse tipo de diagnóstico, isto é, que tenha mais de um ano de experiência no atendimento a pacientes em coma, que tenha acompanhado pelo menos dez determinações de morte encefálica ou que tenha feito cursos específicos de capacitação para diagnosticar ME. É importante destacar que o médico responsável pelo diagnóstico não pode integrar a equipe de transplante (CFM, 2017). Segundo o Decreto nº 9.175/17 (BRASIL, 2017), caso seja a vontade da família, a presença de um médico da sua confiança durante o ato de diagnóstico será permitida.

O diagnóstico de morte encefálica consiste de três etapas, sendo elas:

- a) Realização de dois exames clínicos por médicos diferentes. O intervalo entre os exames deve ser de 24 horas para neonatos

entre 7 dias e 2 meses incompletos de vida, de 12 horas para bebês de 2 a 24 meses incompletos e de 1 hora para pacientes com mais de 24 meses completos;

- b) Teste de apneia realizado por um dos médicos que comprove ausência de movimentos respiratórios após estimulação máxima dos centros respiratórios, isto é, dependência total da ventilação mecânica. O teste deverá ser feito pelo outro médico caso o primeiro resultado seja negativo;
- c) Por fim, pede-se um exame complementar que comprove a ausência de perfusão sanguínea, atividade elétrica e/ou metabólica no encéfalo.

Cada exame realizado deve ter seus parâmetros e resultados registrados no Termo de Declaração de Morte Encefálica – TDME, bem como no prontuário do paciente. Os médicos que diagnosticaram a ME, seus assistentes ou substitutos deverão preencher a Declaração de Óbito do paciente, em que a data e a hora da morte serão aquelas da conclusão do último procedimento para confirmação da morte encefálica. As exceções são os casos em que a morte ocorre por causa externa, em que o legista lavrará a Declaração de Óbito, cabendo aos médicos que diagnosticaram a morte encefálica encaminhar-lhe o TDME (CFM, 2017).

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Atualmente, a disposição de órgãos, tecidos e partes do corpo humano é regulada pela Lei nº 9.434/97, também conhecida como Lei dos Transplantes, posteriormente alterada pelo Decreto nº 9.175/17. Segundo ela, essa disposição, que não inclui sangue, espermatozoides ou óvulos – são casos específicos que possuem sua própria regulação –, deve ser feita de forma gratuita, em vida ou *post mortem*, para fins terapêuticos (BRASIL, 1997, 2017).

A captação de órgãos para transplante pode ocorrer de duas formas: a partir de um doador falecido (*post mortem*) ou a partir de um doador vivo. Em ambos os casos, a doação só poderá acontecer após testes para infecção ou infestação, conforme normas do Ministério da Saúde, a fim de se assegurar a manutenção da saúde do receptor (BRASIL, 1997). Há diferenças legais entre os dois casos, que serão explicadas a seguir.

DOAÇÃO EM VIDA

Esta forma de doação necessita de autorização do doador, desde que este seja juridicamente capaz. Somente órgãos pares e partes de órgãos ou tecidos que não comprometam a integridade do organismo do doador podem ser transplantados. Há restrições também para quem será o receptor, que deverá ser um parente consanguíneo de no máximo quarto grau, cônjuges ou companheiros. Para outros tipos de receptores, a doação dependerá de parecer do comitê de bioética ou da comissão de ética do hospital em que o procedimento será realizado. Gestantes não podem doar órgãos ou tecidos, salvo medula óssea, desde que não haja riscos para a sua saúde ou a do feto. Indivíduos juridicamente incapazes podem doar órgãos e tecidos mediante autorização dos pais ou responsáveis (BRASIL, 2017, 1997).

DOAÇÃO *POST MORTEM*

No caso de captação de órgãos de um doador falecido, é necessário antes atestar sua morte encefálica seguindo o protocolo vigente, que, se confirmado, deve ser obrigatoriamente notificado à Central Estadual de Transplantes – CET da respectiva unidade federativa – UF. Em seguida, é preciso obter autorização da família do doador para o início da captação e, caso esta seja permitida, são feitos os testes já mencionados, que, após concluídos, permitem a captação em si. Todos os órgãos saudáveis podem ser captados, e seus receptores serão aqueles compatíveis que ocuparem a posição mais alta na lista única de espera, sendo proibida a remoção de órgãos e tecidos para transplante de pessoas não identificadas. Nos casos de morte sem assistência médica em que seja necessária a verificação da causa da morte, a captação deve ser autorizada pelo patologista do serviço de verificação de óbitos e citada em relatório de necropsia (BRASIL, 1997, 2017).

CONSENTIMENTO FAMILIAR

De acordo com a já mencionada Lei nº 9.434/1997, em casos *post mortem*, caso a vontade contrária não tenha sido expressa em vida, a doação dos órgãos seria presumida. Porém, a partir da sanção da Lei nº 10.211/2001, ficou estabelecido que o consentimento para a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano é dado pelo cônjuge ou

parente de até segundo grau do falecido, ou, em casos de menores de idade, a autorização de ambos os pais/responsáveis – se vivos. Com essa mudança, o potencial doador que tivesse expressado sua vontade em vida em documentos como a Carteira Nacional de Habilitação ou a Carteira de Identidade Civil não seria mais validada, e seu desejo somente seria cumprido de acordo com o consentimento de seus familiares. Com publicação do Decreto nº 9.175/17, reafirmou-se tal decisão. Ademais, a doação de órgãos de pacientes não identificados fica proibida, e casos que não se enquadram nas situações descritas dependem de autorização judicial (BRASIL, 1997, 2001, 2017).

Segundo pesquisa realizada por Victorino e Ventura (2017) acerca da opinião de profissionais da saúde em relação à Lei nº 10.211/2001, há opiniões divergentes em relação à sua efetividade, já que há o risco de que a família não respeite os desejos finais do falecido. Por isso, os pontos de vista se dividem sobre a volta ao sistema anterior com o uso da Carteira Nacional de Habilitação e a Carteira de Identidade Civil ou a contestação desse sistema por sua falta de agilidade na atualização dos dados, pois uma pessoa poderia mudar de ideia em relação à doação e então necessitaria fazer outro documento. Apesar disso, ficou claro que os profissionais consideram importante a participação da família seja como uma garantia legal contra qualquer contestação posterior por parte da própria família, seja como uma forma de fazê-los perceber o cumprimento dos desejos finais do falecido.

FUTURAS LEGISLAÇÕES

Segundo os portais da Câmara dos Deputados e do Senado, os procedimentos de doação de órgãos caíram cerca de 40% no período da pandemia de Covid-19, mas, apesar disso, houve queda no índice de recusa familiar de 39,9% para 37,2% entre 2019 e 2020. Dezenas de projetos de lei – PL circulam nas duas casas visando facilitar o procedimento e aumentar o número de doadores (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2020; SENADO FEDERAL, 2021).

As proposições 727/2019 (BRASIL, 2019a) e 729/2019 (BRASIL, 2019b) propõem atrelar o ato da doação de órgãos a circunstâncias criminais. No caso da 727/2019, a cessão de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano seria compulsória em casos em que o agente

que pratica ação delituosa em confronto com agentes públicos venha a sofrer morte encefálica. Já a 729/2019 também determina a cessão compulsória de órgãos caso o cadáver tenha indícios de morte resultante de ação criminosa. Essas associações, porém, apresentam problemas ao violar, como observado por Zarias (2019), princípios constitucionais como a dignidade da pessoa humana, a inviolabilidade do corpo, a autonomia e o consentimento. Além disso, a proposta pode acarretar um retrocesso na conscientização da população, que pode vir a associar a doação de órgãos, um gesto nobre de altruísmo e empatia, a uma ação punitiva. Os autores deste capítulo temem essa correlação por, intuitivamente, pensar que isso poderia causar uma impressão errônea na população e diminuir o número – já insuficiente – de doações.

Outras propostas que pretendem mudar a forma como a doação de órgãos é vista pela lei são os PLs nº 10.690/18 (BRASIL, 2018), nº 3.643/19 (antigo PL nº 453/17) (BRASIL, 2019c) e nº 3.176/19 (BRASIL, 2019d), que alterariam a Lei nº 9.434/1997, novamente tornando a doação presumida, salvo os casos em que a vontade contrária tenha sido expressada em vida. Os autores dos PLs nº 10.960/18 e nº 3.176/19 justificam suas propostas usando os exemplos de países onde medidas semelhantes foram aprovadas, como França e Espanha, e que essa seria uma alternativa para atender às necessidades daqueles que estão na fila à espera de uma doação. Porém, como bem observado por Francisco de Assis (2015, p. 559) ao comparar o nosso sistema de transplantes com o espanhol,

A população pode estar predisposta a doar órgãos, mas, se não existir um sistema funcionando de forma adequada, isso não se efetiva. [...]. Esse fato talvez explique por que a intenção de doar órgãos da população brasileira seja superior à da população espanhola – 64% contra 58% – e por que lá o número de doadores por milhão de habitantes é mais de três vezes superior ao do nosso país.

Como apontado por Soares *et al.* (2020), o sistema brasileiro de transplantes apresenta uma desigualdade na distribuição dos centros habilitados e no acesso ao procedimento no território nacional. As regiões Sul e Sudeste, com destaque para São Paulo, apresentam ótima

cobertura, enquanto pacientes do Norte e do Centro-Oeste encontram-se desassistidos. Consequentemente, isso implica a necessidade de migração dos pacientes para receberem o tratamento, com aumento dos custos e dificuldade de acompanhamento ambulatorial pós-transplante, que deve ser realizado pela equipe do centro transplantador por pelo menos três meses. O PL nº 39/2014 (BRASIL, 2014) preconiza a reserva de vaga e espaço para o transporte de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento como uma forma de agilizar esse processo. Entretanto, como demonstrado, medidas mais sistemáticas devem ser tomadas para que o sistema de transplante brasileiro se torne mais eficiente.

Além disso, a recusa familiar, apontada pelos autores dos PLs como principal fator de impedimento para a realização dos transplantes, pode ser contornada com o melhor preparo dos profissionais de saúde que irão lidar com as famílias em processo de luto. A desinformação sobre o diagnóstico de ME e sobre o processo foi indicada como a principal causa de recusa, assim como a religiosidade, o luto e a percepção do corpo, o desconhecimento da vontade do potencial doador e o tempo longo do processo de retirada dos órgãos (PAULI, 2019).

Ainda sobre o consentimento envolvido na doação de órgãos, o PL nº 3.616/19 (BRASIL, 2019e) pretende alterar a Lei nº 9.503/97, ou seja, o Código de Trânsito Brasileiro, a fim de incluir os dados de tipo sanguíneo, fator Rh e “a condição de doador ou não doador de órgãos e tecidos, ressalvada a opção do titular pela não inserção dessa informação”. Segundo o autor, com o tipo sanguíneo e o fator Rh, o atendimento de pacientes em urgências e emergências seria otimizado, e a condição de doador ou não doador constituiria uma oportunidade para os condutores refletirem sobre a questão e registrem a sua vontade no documento. No entanto, a decisão final ainda seria reservada aos familiares do doador, sendo esse documento somente um auxílio para os familiares tomarem a sua decisão.

Por fim, o PL nº 2.839/2019 (BRASIL, 2019f) pretende instituir o Programa de Ensino e Conscientização sobre Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos no currículo escolar brasileiro. O Deputado Ricardo Izar (PP-SP) entende a importância da conscientização de crianças, adolescentes e suas famílias para que o número de doações aumente,

principalmente no cenário atual, no qual o consentimento deve ser fornecido pela família.

Comentário do especialista⁹⁴

O diagnóstico de morte encefálica é uma das mais importantes responsabilidades da medicina, com implicações para a família, já que se firma a declaração da morte do paciente pela encefalopatia irreversível constatada após a conclusão do protocolo, assim como uma grande oportunidade de se iniciar o processo que culminará com a doação de órgãos nos casos pertinentes com a anuência da família.

Na prática clínica, eu acompanhei de perto a evolução do protocolo da penúltima versão para a atual. Na resolução anterior, havia alguns entraves, como a necessidade de avaliação bilateral dos reflexos de tronco encefálico, para poder dar prosseguimento ao protocolo, e, como muitos pacientes eram vítimas de trauma com lesões de membrana timpânica ou lesão ocular com impossibilidade de avaliação completa, esses pacientes não conseguiam fechar o protocolo. Outro obstáculo era uma restrição ao padrão específico de pupilas, o que fazia com que pacientes com lesões cerebrais graves irreversíveis que tivessem, por exemplo, miose puntiforme bilateral secundária a lesão inicial extensa pontina, não se encaixassem no padrão e também fossem excluídos do protocolo. A Resolução nº 2.173/17, do Conselho Federal de Medicina – CFM, incorporou mudanças baseadas em evidências que modificaram essas restrições anteriores, atualizando o protocolo para melhorar a sensibilidade do diagnóstico sem perder a especificidade (CFM, 2017).

A resolução atual também possui pontos a serem aprimorados. A resolução trazia a medida de temperatura central como método a ser usado dentro do protocolo. Em alguns hospitais, não havia equipamentos para realizar a medida de temperatura central (vesical, retal e esofagiana), e essa demanda foi levada como solicitação de parecer à câmara técnica de morte encefálica do CFM. O Processo-Consulta CFM nº 17/2018 – Parecer CFM nº 3/2019 (CFM, 2019) – avaliou a possibilidade de uso da temperatura axilar acima de 35 graus como alternativa na mensuração desse parâmetro com técnica adequada e considerou a inclusão desse parâmetro.

Recentemente, nos deparamos no hospital com uma situação inusitada, em que um paciente que deu entrada na unidade com sintomas de febre, mialgia e queda do estado geral há poucos dias evoluiu com crise epiléptica generalizada tônico-clônica. Após poucas horas do internamento, o paciente evoluiu com rebaixamento de nível de consciência e necessidade de intubação orotraqueal, que foi considerada via aérea difícil, com exposição do paciente a hipóxia prolongada. A avaliação inicial neurológica do paciente era estado de coma aperceptivo com ausência de reflexos de tronco encefálico. A tomografia de crânio realizada nesse momento demonstrava um edema cerebral difuso, com apagamento de cisternas e sulcos, compatível com hipertensão intracraniana. Não se tinha um diagnóstico do estado de coma definitivo, se era devido a uma meningoencefalite aguda ou uma encefalopatia hipóxica. No entanto, a alteração da tomografia de crânio poderia explicar por si só o coma. A hipertensão intracraniana grave fazia a coleta de líquido nesse momento arriscada. Neste caso, procuramos outros pareceres que não deixaram claro o uso do edema cerebral difuso como causa do coma. Esse paciente evoluiu com hipotermia refratária e foi a óbito sem tempo hábil para fazer uma discussão mais ampla sobre essa nossa dificuldade.

É importante salientar que o protocolo de definição de morte encefálica nos guia pelos critérios mínimos e necessários para o diagnóstico seguro de morte encefálica. Ainda, os médicos que são responsáveis por realizar procedimentos do protocolo de morte encefálica não devem participar da equipe de retirada e transplante, conforme o Código de Ética Médica (CFM, 2018) e o artigo 3º da Lei nº 9.434/1997 (BRASIL, 1997). Dúvidas sobre os passos a serem realizados e situações especiais devem ser discutidos com base em conhecimento científico para o aprimoramento do protocolo; no entanto, deve-se ter em mente que a visão da família, por exemplo, baseada em costumes e em religião, pode não estar em alinhamento com as práticas médicas mais aceitas.

REFERÊNCIAS

ASSIS, F. N. O Problema da Doação no Brasil. *In*: GARCIA, C. D.; PEREIRA, J. D.; GARCIA, V. D. **Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos**. São Paulo: Segmento Farma Editores Ltda, 2015.

BRASIL. Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997. **Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.** Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm. Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. **Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.** Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10211.htm. Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 19 out. 2017. Seção 1, p. 2-2. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2017/decreto-9175-18-outubro-2017-785591-publicacaooriginal-153999-pe.html>. Acesso em: 3 set. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 10.690/2018. **Altera a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.** 2018. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2181655>. Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 727/2019. **Estabelece a cessão compulsória de órgãos e tecidos, células e partes do corpo humano para transplante ou enxerto, oriundos de agente que em prática de conduta delituosa em confronto com agentes públicos de segurança tenha como resultado final a morte encefálica.** 2019a. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2191896>. Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 729/2019. **Disciplina a cessão compulsória de órgãos, no caso em que o cadáver apresenta indícios de morte por resultado de ação criminosa.** 2019b. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2191898>. Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Proposta de Lei nº 3.643/2019. **Altera o caput do art. 4º da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, a fim de tornar explícito que o consentimento familiar, no caso de doação de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para depois da morte, só se faz necessário quando o potencial doador não tenha, em vida, se manifestado expressa e validamente a respeito.** 2019c. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2208696>. Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Senado Federal. Proposta de Lei nº 3.176/2019. **Altera a Lei nº 9.434/97 e a Lei nº 8.072/90, para tornar presumida a doação de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, tornar hediondos os crimes que**

específica, permitir campanhas para arrecadação de fundos para financiamento de transplante ou enxerto e dá outras providências. 2019d. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/137006>. Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Senado Federal. Proposta de Lei nº 3.616/2019. **Altera o art. 159 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro), para incluir na Carteira Nacional de Habilitação as informações sobre o tipo sanguíneo e fator Rh do condutor e sobre a sua condição de doador ou não doador de órgãos e tecidos.** 2019e. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/137357>. Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Proposta de Lei nº 2.839/2019. **Institui o Programa de Ensino e Conscientização sobre Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos no currículo escolar e acadêmico brasileiro.** 2019f. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2203087>. Acesso em: 8 jul. 2022.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Mais de 50 projetos de lei sobre doação de órgãos estão em análise na Câmara - Notícias. **Portal da Câmara dos Deputados.** 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/696158-mais-de-50-projetos-de-lei-sobre-doacao-de-orgaos-estao-em-analise-na-camara/>. Acesso em: 8 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. **Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica.** Brasília, DF. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>. Acesso em: 8 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas **Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019.** Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 23 nov. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Hideraldo Luís Souza Cabeça. **Processo-Consulta CFM nº 17/2018 – Parecer CFM nº 3/2019, de 14 de fevereiro de 2019.** A determinação de morte encefálica (DME) em paciente não identificado deve ser realizada, não podendo haver doação de órgãos. A temperatura axilar >35°C pode ser utilizada na DME obedecendo a critérios técnicos. Brasília-DF, p. 1-8, 14 fev. 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2019/3>. Acesso em: 23 nov. 2022.

MEIRELLES JÚNIOR, R. F. *et al.* Transplante de fígado: história, resultados e perspectivas. **Einstein**, São Paulo, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 149-152, mar. 2015. DOI: 10.1590/s1679-45082015rw3164.

PAULI, J. Doação organizacional em face ao mercado de órgãos: uma análise do modelo brasileiro de transplantação. **Nova Economia**, v. 29, p. 339-363, 9 maio 2019. DOI: 10.1590/0103-6351/3528.

SENADO FEDERAL. Projetos mudam legislação de 24 anos para facilitar doação de órgãos. **Senado Federal**. 02 de outubro de 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/02/02/projetos-mudam-legislacao-de-24-anos-para-facilitar-doacao-de-orgaos>. Acesso em: 8 jul. 2022.

SENADO FEDERAL. Congresso. Senado. Projeto de Lei do Senado nº 39, de 2014. **Altera a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências, para instituir a obrigatoriedade de reserva de vaga e espaço para o transporte de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento**. Brasília, DF. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pls-39-2014>. Acesso em: 3 set. 2022.

SOARES, L. S. S. *et al.* Transplantes de órgãos sólidos no Brasil: estudo descritivo sobre desigualdades na distribuição e acesso no território brasileiro, 2001-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, 3 abr. 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000100014.

VICTORINO, J. P.; VENTURA, C. A. A. Doação de órgãos: tema bioético à luz da legislação. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 138-147, abr. 2017. DOI: 10.1590/1983-80422017251175.

ZARIAS, A. A ordem pública do corpo humano e suas fronteiras legislativas no Brasil. **Sociologias**, [S. l.], v. 21, n. 52, p. 132-161, dez. 2019. DOI: 10.1590/15174522-95512.

Ética na cirurgia paliativa

Lúcia Yasmim Santos Feitosa⁹⁵
Jonas Leomarques dos Santos⁹⁶

Para a melhor compreensão desse assunto, é necessário definir os conceitos de ética e cuidados paliativos. A palavra ética deriva do grego *ethos*, “caráter”, ou seja, um conjunto de princípios que direcionam a conduta humana no meio social através dos conflitos de estudo entre o certo e o errado. Como um ramo desse conceito, a bio-ética surgiu a partir dos grandes avanços tecnológicos na biologia e dos problemas éticos derivados das descobertas nessa área, portanto ela é compreendida como o estudo sistemático de caráter multidisciplinar da conduta humana na área das ciências da vida e da saúde, na medida em que essa conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais, abrangendo todas as áreas de conhecimento, incluindo a ética médica (FORTES, 1994; MEDEIROS *et al.*, 2020).

A soma da bioética com a ética médica resulta na chamada ética bio-médica. Já os cuidados paliativos se referem a um termo que foi designado por Balfour Mount e se constituem por formar um conjunto de práticas terapêuticas que visam aliviar o sofrimento e proporcionar mais conforto aos pacientes e seus familiares, descartando a possibilidade de ser um tratamento curativo ou procedimentos que retardam e aceleram o processo de morrer (SILVA *et al.*, 2021).

Dentre as várias origens dos cuidados paliativos – CP, destacam-se a expansão do movimento *hospice*, filosofia do cuidado, da acolhida e da hospitalidade, e as contribuições de Dame Cicely Sounderes, assistente

95 Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

96 Médico pela Universidade Federal de Sergipe – UFS. Residência Médica em Cirurgia Geral pelo Hospital São Rafael e Cirurgia do Aparelho Digestivo pelo Hospital Santa Izabel. Atua como cirurgião do aparelho digestivo, oncodigestivo e bariátrico.

social, enfermeira e posteriormente médica que foi inspirada pelas situações de necessidades dos soldados na Segunda Guerra Mundial. Mais tarde, com mais experiências, ela fundou o St. Christopher Hospice, um espaço de acolhimento, ensino e pesquisa que oferecia cuidado integral aos doentes sem perspectiva de tratamento curativo. O *hospice* com o tempo assumiu caracterização hospitalar e atualmente pode ser definido como uma instituição de média complexidade na qual a filosofia dos CP é praticada com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente. Como diz o adágio francês do século XVI, “*Curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre*” é a missão médica (ALVES *et al.*, 2019).

A partir de 1990, a definição de cuidados paliativos foi instituída pela Organização Mundial de Saúde – OMS e sua última atualização em 2017:

Cuidados Paliativos são uma abordagem para melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentem uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, através da identificação precoce e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais (OMS, 2017).

Dessa forma, é visível que o profissional passa a tratar do paciente e não da doença. A OMS também publicou princípios que foram reafirmados nesse período com base na atuação da equipe multidisciplinar. São eles: promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte; abordagem multiprofissional para focar nas necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (ANCP, 2012).

Diante desse retrato complexo e desafiador da realidade, os CP se apresentam como uma forma inovadora de assistência na área da saúde e vêm ganhando espaço no Brasil nas últimas décadas. Diferencia-se fundamentalmente da medicina curativa por focar no cuidado integral, através da prevenção e do controle de sintomas, para todos os pacientes que enfrentem doenças graves, ameaçadoras da vida. Esse conceito se aplica, de fato, ao paciente e seu entorno, que adocece e sofre junto – familiares, cuidadores e também a equipe de saúde (GOMES; OTHERO, 2016).

Com as novas descobertas no âmbito da medicina e a evolução técnico-científica, aumentaram as questões éticas, e, para a abordagem desses conflitos morais e dilemas éticos, a bioética se fundamentou na teoria principialista de Tom Beauchamp e James Childress (1979), que preza por quatro princípios: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O princípio da beneficência é uma obrigação moral de agir em benefício do outro, tendo como referência crucial o controle de sintomas e qualidade de vida, fazer o bem; a não maleficência é o dever de não causar mal aos pacientes, evitando e minimizando todos os danos possíveis; a autonomia diz respeito ao poder de decisão que o paciente tem sobre si, que tem por obrigação ser respeitada pelos profissionais; a justiça é o princípio relacionado com a equidade, ou seja, a distribuição justa de deveres e benefícios sociais, promovendo o equilíbrio para que cada um tenha acesso ao que é seu por direito (PARANHOS, 2017).

Para realizar cuidados paliativos, principalmente mais invasivos como cirurgias, é necessário ter muita cautela, por isso os princípios mencionados anteriormente auxiliam nos critérios para uma conduta profissional coerente e adequada. A partir disso, o manual de cuidados paliativos, através da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2012), cita questões fundamentais na terapêutica desses cuidados, por exemplo:

Os objetivos primários e básicos da realização de qualquer procedimento invasivo paliativo em tratamento paliativo cirúrgico incluem:

- O alívio possível e durável de sintomas
- Restauração da função de órgãos

- Melhoria de qualidade de vida
- Melhora da imagem corporal
- Otimização de cuidados com o paciente

São recomendações formais para o sucesso do procedimento invasivo que visa ao controle de sintomas na doença avançada a atenção aos seguintes pontos:

- Conhecimento da evolução natural da doença
- Avaliação criteriosa de performance/status
- Avaliação prognóstica formal
- Mapeamento estruturado de sintomas
- Esclarecimento de paciente e família

Os procedimentos cirúrgicos paliativos têm como objetivo reduzir o sofrimento ou apoiar a qualidade de vida, em vez de prolongar a vida ou curar doenças. Cirurgiões e pacientes enfrentam decisões de cuidados de alto risco no perioperatório – se devem prosseguir com a intervenção cirúrgica, fazer os pacientes entenderem a capacidade e as limitações do procedimento cirúrgico, os efeitos a curto e longo prazos da cirurgia em seu estado funcional e a qualidade de vida (COOPER *et al.*, 2017).

Os cirurgiões enfrentam uma infinidade de questões éticas únicas em sua prática clínica diária como: preocupações sobre a falta de recursos dos pacientes, como garantir o consentimento informado cirúrgico válido, se e como divulgar erros, gerenciar vários conflitos interpessoais, dificuldades para abordar as conversas sobre o fim da vida no período perioperatório e na unidade de terapia intensiva, e praticar a tomada de decisão compartilhada para abordar as recusas de tratamento (FINS; MARTIN; MEREDYTH, 2021).

Até o início do século XIX o paciente tinha mínima participação nas decisões de procedimentos médicos; a partir disso e após o Código de Nuremberg, surge a doutrina legal moderna sob o conceito de consentimento livre e esclarecido, que defende a autonomia dos pacientes em virtude de tomadas de decisão nos tratamentos e diagnósticos que são discutidos abertamente com os cirurgiões. Esse conceito é manuseado pelos princípios da bioética e do biodireito, que visam a proteção e o resguardo da dignidade do ser humano (DHAI, 2017).

A valorização da autonomia, ou seja, liberdade de escolha do sujeito, condiz com o pensamento de Roberto Goldim: “Sobre si mesmo, seu próprio corpo e mente, o indivíduo é soberano” (*apud* ESTIGARA, 2006).

Esse consentimento se originou dos parâmetros éticos ditados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) e, no contexto brasileiro, pela Resolução CNS nº 196/96 (BRASIL, 1996). Essa doutrina possui quatro elementos básicos:

O médico documenta que o paciente ou o responsável tem a capacidade de tomar uma decisão médica; o cirurgião revela ao paciente detalhes suficientes sobre as opções de diagnósticos e tratamentos para que o paciente possa fazer uma escolha informada; o paciente demonstra a compreensão da informação divulgada antes; de autorizar por livre vontade um plano de tratamento específico, sem influência indevida (SCHWARTZ, 2013, p. 1755).

Existem situações clínicas que tornam desafiadora a doutrina legal. Por exemplo, os casos de emergência em que o cirurgião precisa fazer escolhas difíceis de acordo com todo o seu conhecimento científico, prezando por salvar a vida do paciente. Além disso, o desafio também é com a área pediátrica, crianças e adolescentes que não possuem maturidade e racionalidade suficiente para participar do processo. Porém, nesses casos, os profissionais são protegidos e justificados legalmente por meio do Capítulo V, art. 31, do Código de Ética Médica (2019): “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”.

O consentimento livre e esclarecido também é desafiador quando se aplica aos cuidados paliativos, principalmente nas intervenções cirúrgicas. Embora seja um tratamento para amenizar a dor e promover uma melhor qualidade de vida ao paciente em fase terminal, é de extrema importância respeitar a autonomia do paciente e seus familiares (SCHWARTZ, 2013). Contudo, é visível e implementada a relação comprometimento versus respeito entre médico e paciente, que se afirma como um dos princípios da Resolução nº 2.217, em seu Capítulo I:

O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício, mesmo depois da morte. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para

permitir e acobertar tentativas contra sua dignidade e integridade (CFM, 2019).

*Morte, você é valente,
O seu poder é profundo,
Quando eu cheguei neste mundo,
Você já matava gente.
Eu guardei na minha mente
Este seu grande rigor,
Porém lhe peço um favor
Para ir ao campo santo,
Não me faça sofrer tanto,
Morte, me mate sem dor!*
Patativa do Assaré

Comentário do especialista⁹⁶

Embora tenhamos evoluído a medicina, técnicas cirúrgicas e clínicas, não somos maiores que a morte. Parafraseando Chicó, personagem do *Auto da Compadecida* de Ariano Suassuna: “Cumpriu sua sentença. Encontrou-se com o único mal irremediável, aquilo que é a marca do nosso estranho destino sobre a terra, aquele fato sem explicação que iguala tudo o que é vivo num só rebanho de condenados, porque tudo o que é vivo morre”.

Devemos tratar a morte com respeito, sabedoria e sobriedade. Saber nossos limites como médicos é de suma importância para não causar mal e realizar proporcionalidade terapêutica. Como cirurgião, indicar ou não a cirurgia tem um papel fundamental no desfecho do paciente, e aliviar a sua dor e alguns sintomas é primordial para a sua qualidade de vida na terminalidade.

E não esqueçamos que, embora sejamos detentores do conhecimento, sempre devemos respeitar a vontade do nosso paciente.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. S. F. *et al.* Cuidados paliativos: alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 39, e185734, p. 1-15, 2019. DOI: 10.1590/1982-3703003185734.

- ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP>. Acesso em: 5 jul. 2021.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. 1st. ed. Oxford: Oxford University Press, 1979.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Brasília, 1996. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html. Acesso em: 9 jul. 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 4 jul. 2021.
- COOPER, Z. *et al.* Cuidados paliativos em cirurgia: definindo prioridades de pesquisa. **J. Palliat Med.**, v. 20, n. 7, p. 702-709, 2017. DOI: 10.1089/jpm.2017.0079.
- DHAI, A. Exploitation of the vulnerable in research: Responses to lessons learnt in history. **South African Medical Journal = Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Geneeskunde**, v. 107, n. 6, p. 472-474, 2017. DOI: 10.7196/SAMJ.2017.v107i6.12437.
- ESTIGARA, A. Consentimento livre e esclarecido na pesquisa envolvendo seres humanos. A distância entre o “dever ser” e o “ser”. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 11, n. 1144, 19 ago. 2006. ISSN 1518-4862. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/8803>. Acesso em: 4 jul. 2021.
- FINS, J.; MARTIN, I.; MEREDYTH, N. Consulta de ética em especialidades cirúrgicas. **HEC Forum**, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7934986/>. Acesso em: 6 jul. 2021.
- FORTES, P. A. C. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. **Revista Bioética**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 35-40, jan. 1994. DOI: 10.1007/s10730-021-09447-7.
- GOMES A. L.; OTHERO M. B. Cuidados paliativos. **Estudos avançados**, v. 30, n. 88, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdFxfR8CvBbXL/?lang=pt>. Acesso em: 6 jul. 2021.
- MEDEIROS, M. O. S. F. *et al.* Conflitos bioéticos nos cuidados de fim de vida. **Revista Bioética** [Impr.], v. 28, n. 1, p. 128-134, 2020. DOI: 10.1590/1983-80422020281375.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. [WHO - World Health Organization]. **Definition of palliative care**. Genève: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>. Acesso em: 6 jul. 2021.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 10 jul. 2021.

PARANHOS, F. L. Bioética Principlialista. **Thaumazein**, ano VII, v. 10, n. 19, Santa Maria, p. 39-54, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/thaumazein/article/view/1978>. Acesso em: 5 jul. 2021.

SCHWARTZ. **Tratado de Cirurgia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2013.

SILVA, A. E. *et al.* Cuidados paliativos: definição e estratégias utilizadas na prática médica. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. e18810111585, 7 jan. 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i1.11585.

Ortotanásia e cuidados paliativos: o dever de cuidar até o fim

Victor Bruno Andrade das Graças⁹⁷
João Pedro Nascimento de Abreu Oliveira⁹⁷
Nivaldo Farias Vieira⁹⁸

INTRODUÇÃO

A palavra paliativo tem uma origem muito antiga e remete ao termo em latim *pallium*, que significa “manta ou coberta”. No seu uso primordial, *pallium* era usado na medicina quando não mais se podia curar a doença e dessa forma se deveria tratar os sintomas, os “acobertar”. O conceito de cuidados paliativos em si só veio a ser criado na década de 1960, apesar de métodos paliativos serem utilizados desde civilizações muito antigas, como, por exemplo, a civilização grega, na qual Hipócrates já comentava: “curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre” (TEN HAVE, 2016).

A ortotanásia e os cuidados paliativos são compostos por quatro elementos fundamentais: a dor social, espiritual, física e mental. Os cuidadores dos pacientes em estágio terminal de vida devem sempre se atentar e tratar o paciente dentro de todas essas esferas, pois o indivíduo é um todo e deve ser tratado de maneira holística, devendo deixar de ser tratado apenas para a enfermidade que ele apresenta (POLETTTO; BETTINELLI; SANTIN, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) estabelece importantes temáticas a serem trabalhadas com os pacientes em tratamento

97 Graduados em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

98 Médico pela Universidade Federal de Sergipe – UFS. Especialista em Clínica Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em Hematologia pela Universidade de São Paulo – USP e em Oncologia pelo Hospital Sírio-Libanês. Mestre em Oncologia Avançada pela Universität Ulm, na Alemanha, e doutor em Medicina pela USP.

paliativo. A primeira delas foca na veracidade, pois a relação médico-paciente deve ser sempre verdadeira e fundamentada na confiança entre pacientes, médicos e família, sendo a verdade importante para a tomada de decisões. Outro ponto muito importante é trabalhar com o paciente sobre o não abandono do tratamento, pois, mesmo que não seja possível alcançar a cura, os cuidados paliativos são de fundamental importância para uma vida melhor para o paciente. A equipe de saúde também deve se atentar ao tratamento da dor, evitando maior sofrimento no processo de morrer. A prevenção de complicações e a proporcionalidade terapêutica devem ser também levadas em consideração nos cuidados paliativos. Por fim, é importante sempre escutar o paciente e sua família, fazendo o que estiver ao alcance da equipe médica para o enfermo terminar sua vida com o máximo de dignidade possível (TEN HAVE, 2016; COMIN *et al.*, 2017).

ORTOTANÁSIA

A ortotanásia não depende de métodos artificiais para que ocorra; é uma prática passiva, ou seja, a morte natural. Ela ocorre geralmente com a suspensão de uma terapia que já não traz benefícios ao paciente. É deixar a vida seguir o curso natural depois de o paciente ser desenganado pelos médicos, num contexto em que prolongar o tratamento não traz benefícios, podendo ser inclusive maléfico. Nestes casos, se a terapia for prolongada, o médico estará cometendo distanásia, isto é, um tratamento fútil (MOREIRA, 2017).

A prática da ortotanásia não é crime. O Código Penal não tipifica crime a interrupção da terapia por consentimento do paciente, da família ou por iniciativa médica se o objetivo é reduzir o sofrimento do paciente com doença incurável. O médico deve documentar tudo no prontuário para que sua prática não seja classificada como negligência (MOREIRA, 2017).

O desconhecimento dos conceitos éticos acerca da ortotanásia e da distanásia está presente na maior parte dos hospitais, principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva – UTIs. Isso alerta a comunidade médica para a necessidade de uma discussão mais abrangente com os membros das equipes de saúde e os estudantes sobre o tema (SANTOS *et al.*, 2016).

A ideia de promoção de uma morte digna é mais aceita pelo paciente no final da vida, apesar de muitas vezes a vontade do paciente não ser atendida pela família ou pela equipe médica. A tomada de decisão da equipe influencia diretamente a diminuição do sofrimento do paciente e seus familiares. Assim, os profissionais de saúde devem estar disponíveis e envolvidos na tomada de decisão juntamente com a família frente à morte (SANTOS *et al.*, 2016).

CUIDADOS PALIATIVOS

O termo “cuidados paliativos” ainda é novo no âmbito da Medicina. No Brasil, somente em 2010 foi criada a especialidade médica Cuidados Paliativos. A Organização Mundial da Saúde – OMS definiu cuidados paliativos como:

[...] abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, por meio de prevenção e alívio do sofrimento, preconizando identificação, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. (OMS, 2002)

A médica, enfermeira, assistente social e pioneira nos cuidados paliativos – CP Cicely Saunders, autora de livros e artigos relacionados à medicina paliativa, diz ainda que os CP envolvem a filosofia do cuidado da pessoa em processo de finitude, visando “aliviar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com o propósito final de cuidar, não de curar” (MALTA; RODRIGUES; PRIOLLI, 2018).

Situações de terminalidade da vida são multifacetadas. Envolvem por parte do paciente e de seus familiares o medo da morte, que se relaciona com fatores cognitivos, emocionais, motivacionais, variando também no contexto socioeconômico, cultural e pessoal. Como, então, frente a situações difíceis como essa, se consegue oferecer qualidade de vida ao paciente? A resposta está no cuidado, que deve ser oferecido desde o diagnóstico, não apenas antes da morte (MALTA; RODRIGUES; PRIOLLI, 2018; MONTEIRO *et al.*, 2019).

Apesar de muitos pacientes enfrentarem doenças incuráveis, por vezes em estado terminal, estudos mostram que é possível que eles

apresentem alto grau de satisfação e bem-estar em vida. Estudos com pacientes oncológicos em cuidados paliativos demonstram que a qualidade de vida foi atrelada por eles a saúde, bem-estar, felicidade e espiritualidade, tendo ainda relação com valores pessoais, sofrimentos e dificuldades vivenciadas no momento de vulnerabilidade, sendo influenciada pelo processo saúde-doença. A condição debilitada de saúde, por si própria, diminui o senso de dignidade que os pacientes de cuidados paliativos associam à autoestima, ao enfrentamento de limitações impostas pela doença e ao cuidado que recebem (COMIN *et al.*, 2017; MENEGUIN *et al.*, 2018; FRANCO *et al.*, 2019).

A fim de oferecer dignidade e qualidade de vida ao paciente, o cuidado baseado no modelo compartilhado de tomada de decisões mostra-se uma boa opção. Buscar atender aos desejos do paciente desde a hospitalização, valorizando a participação ativa dele no seu cuidado, aumenta a sua autonomia, proporcionando-lhe mais dignidade. A boa comunicação com a família a tranquiliza, além de que os familiares do paciente, quando participam da tomada de decisões, ajudam a priorizar os cuidados paliativos e identificar os tratamentos fúteis, visando o conforto e a dignidade do paciente. É muito importante ressaltar que o cuidado prestado pela equipe de saúde, seu comportamento e suas atitudes impactam diretamente o bem-estar do paciente (FRANCO *et al.*, 2019; MONTEIRO *et al.*, 2019).

O médico deve estar preparado não somente nos aspectos técnicos, mas também emocionais, para lidar com a finitude da vida. O fortalecimento das discussões acerca da terminalidade da vida no âmbito acadêmico é mister. Os currículos devem cobrir todas as etapas da vida, incluindo a terminalidade e a morte. Ressalta-se que o envolvimento multiprofissional nos cuidados paliativos é extremamente vantajoso, e a tomada de decisões deve se basear no tripé equipe – com seus conhecimentos técnicos –, família e paciente – com suas histórias de vida, seus medos e seus anseios. Nota-se também que o melhor local para o paciente passar seus últimos dias é em casa, próximo aos familiares, e não no hospital. Que a humanização e o fortalecimento da relação médico-paciente possam oferecer mais qualidade de vida e dignidade ao paciente, sobretudo em momentos delicados como a finitude da vida

(COMIN *et al.*, 2017; MALTA; RODRIGUES; PRIOLLI, 2018; MONTEIRO *et al.*, 2019).

Comentário do especialista⁹⁸

JVA, 14 anos, católico, diagnosticado com sarcoma no úmero, com metástase. Tendo visto ele nascer, mantenho com seus pais relação de íntima amizade. Mesmo sendo tratado por seu pediatra, JVA gostava de passar em consultas comigo para que eu revisasse seu caso – ocasiões nas quais conversávamos muito. Sua doença começou no úmero proximal. Na primeira tentativa de tratamento, conseguimos preservar seu ombro da amputação. Ele então teve metástase no pulmão, conseguimos retirá-la, mas ela recidivou. Na recidiva, ele já sabia que tinha uma doença incurável. A medida de suas sessões de quimioterapia era o quanto ele gostaria de suportar.

A certo tempo, com dores, ele conseguiu palpar na parede de seu tórax uma tumoração e me perguntou – com tom de afirmação – se era “a coisa”. E eu afirmei que sim e propus uma tomografia para confirmar. O resultado da tomografia mostrou que a disseminação estava muito além do que ele podia palpar. Naquele momento, já não tinha mais possibilidade de tratamento. Era o momento de suspender a quimioterapia. Já tínhamos conversado que depois da quimioterapia não havia mais tratamento oncológico específico, mas apenas suporte a ser feito.

Sendo seu médico, mas também amigo pessoal de seus pais, fui à casa dele, onde ele me propôs uma conversa a sós. No quarto, ele me disse que meu semblante mostrava que eu tinha más notícias. Parecia adivinhar. Senti um certo incômodo pelas notícias que trazia. Não tínhamos só uma relação médico-paciente, mas, na verdade, eu era um “tio” para ele, e ele era quase um filho para mim.

“Deus, quando criou seus amigos e colegas de escola, os queria para crescerem, ter família e filhos. Mas tenho a impressão de que, quando criou você, criou com uma missão um pouco mais especial: queria você todo para ele”, disse-lhe. É curioso pensar que os poucos segundos de silêncio que se seguiram pareciam ter durado horas. Abri os exames e os expliquei, mostrando o tumor a ele conforme me perguntava. Disse que os próximos passos seriam dar conforto, tirar sua dor, fazendo-o

dormir bem, evitando que ficasse constipado. Disse também que a quimioterapia já estava fazendo mais mal do que bem. Ele lembrou então que, após a quimioterapia, não havia outro tratamento oncológico e me perguntou: “Está perto da minha hora, né?” Respondi afirmativamente.

Novamente, a palavra deu lugar ao breve e profundo silêncio que hoje me fazem pensar como é difícil permitir que a verdade – dita instantes antes – nos cale. Sem omissão, permitir que a verdade, aquela brasa ardente, seja por nós engolida serenamente. Nesses momentos, é preciso nos silenciarmos inteiramente. Nos abraçamos e finalizamos nossa conversa. Saudei os pais dele e, quando brevemente contei sobre nossa conversa, ficaram impressionados e gratos, pois não sabiam como conversar sobre isso com o filho. Logo após me despedir, JVA saiu do quarto e perguntou por mim: “Eu ia chamar ele pra comer uma pizza!” Atendendo ao seu desejo, na noite seguinte fomos a uma pizzaria.

Um dia depois, os pais de JVA me chamam ao hospital onde ele foi internado com falta de ar. Não querendo ficar no hospital internado, expliquei a ele que poderia se tratar apenas de um líquido no pulmão e que, quando drenado, poderia ser resolvida a falta de ar, e ele iria embora. Conversamos carinhosa e serenamente, na presença de seus pais, sobre as diretivas antecipadas de vontade, em que ele não seria submetido a massagem cardíaca, intubação ou internação em UTI. Expliquei também que, caso necessário, ele seria colocado para dormir e não sentiria dor. Por fim, disse ao médico do hospital – que me escutava com olhos atentos e cheios de lágrimas – sobre a conversa que tive com JVA e seus pais. Neste momento, é necessário investir tempo. Não se pode jogar a responsabilidade do acompanhamento de seu paciente, em momento tão importante, para outras pessoas. É preciso, com muita paz e paciência, explicar e deixar tudo bem claro a todos os envolvidos. Com seus colegas do colégio, no hospital, 24 horas após a internação, JVA veio a óbito.

REFERÊNCIAS

COMIN, L. T. *et al.* Percepção de pacientes oncológicos sobre terminalidade de vida. **Revista Bioética**, v. 25, n. 2, p. 392-401, 2017. DOI: 10.1590/1983-80422017252199.

FRANCO, M. E. *et al.* Percepção de dignidade de pacientes em cuidados paliativos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0142.

MALTA, R.; RODRIGUES, B.; PRIOLLI, D. G. Paradigma na Formação Médica: atitudes e conhecimentos de acadêmicos sobre morte e cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 42, n. 2, p. 34-44, jun. 2018. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n2rb20170011.

MENEGUIN, S. *et al.* Percepção de pacientes oncológicos em cuidados paliativos sobre qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 1998-2004, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0360.

MONTEIRO, M. C. *et al.* The decision-making process in families of terminal ICU patients. **Psico-USF**, v. 24, n. 3, p. 437-448, 2019. DOI: 10.1590/1413-82712019240303.

MOREIRA, R. V. Aspectos de aplicabilidade da ortotanásia. **LSP - Interdisciplinary Scientific Journal**, v. 4, n. 1, 2017. Disponível em: <https://scholar.archive.org/work/pgtq6mgmddbdfntqwxgkxox7je/access/wayback/http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/download/306/175>. Acesso em: 30 nov. 2021.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Genebra: OMS, 2002. 180 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>. Acesso em: 31 nov. 2021.

POLETTO, S.; BETTINELLI, L. A.; SANTIN, J. R. Vivências da morte de pacientes idosos na prática médica e dignidade humana. **Revista Bioética**, v. 24, n. 3, p. 590-595, 2016. DOI: 10.1590/1983-80422016243158.

SANTOS, F. P. P. G. *et al.* Ortotanásia e distanásia: percepção dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva/Orthothanasia and dysthanasia: perception of health professionals of an Intensive Care Unit. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 288-296, 2016. DOI: 10.4025/ciencuccidsaude.v15i2.26017.

TEN HAVE, H. **Encyclopedia of global bioethics**. 1. ed. Suíça: Springer International Publishing AG, 2016.

Distanásia, eutanásia e mistanásia: um debate do século XXI

Victor Bruno Andrade das Graças⁹⁹

João Pedro Nascimento de Abreu Oliveira⁹⁹

Nivaldo Farias Vieira¹⁰⁰

Para entendermos sobre a distanásia, a eutanásia e a mistanásia, devemos primeiro realizar uma revisão sobre o que é bioética e sua importância para a ciência e a dignidade humana e estudar os princípios bioéticos e como eles influenciam no tratamento e na vida dos pacientes (TEN HAVE, 2016).

O termo bioética foi cunhado em 1927 pelo teólogo alemão Paul Max Fritz Jahr. Essa palavra é formada, etimologicamente, pelas palavras gregas *bio* e *ethos*, que podem ser entendidos, respectivamente, como “vida” e “ética”, dessa forma, bioética seria o estudo ético da vida. O termo teve uma grande difusão após a Segunda Guerra Mundial, quando as atrocidades cometidas na guerra começaram a ser mais amplamente discutidas, tendo como palco principal as discussões em Nuremberg, local onde vários crimes de guerra foram julgados e de onde se originou o Código de Nuremberg. Hoje, esse código é um dos mais conhecidos e pioneiro em apresentar regras para reger a pesquisa científica com seres humanos. Em 1967, foi criada a Declaração de Helsinque pela Associação Médica Mundial, que é considerada o documento mais importante na história da ética em pesquisa. Essa declaração já foi atualizada sete vezes, a última feita em 2013, durante assembleia da Associação Médica

99 Graduados em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

100 Médico pela Universidade Federal de Sergipe. Especialista em Clínica Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em Hematologia pela Universidade de São Paulo – USP e em Oncologia pelo Hospital Sírio-Libanês. Mestre em Oncologia Avançada pela Universität Ulm, na Alemanha, e doutor em Medicina pela USP.

Mundial em Fortaleza, no Ceará. Essa declaração estabelece parâmetros para e pesquisa em humanos e é muito importante para o desenvolvimento de legislações ao redor do globo (TEN HAVE, 2016).

Na década de 1970, esse termo se torna ainda mais popular pelo grande debate dentro do próprio meio científico e pelo aumento dos debates em todos os círculos sociais e das mais amplas áreas de estudo. Em 2005, a Unesco promulgou a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que teve grande importância na consolidação dos princípios que fundamentam a bioética nos dias de hoje, servindo inclusive para o fortalecimento de princípios sobre pesquisa em humanos em diversos países do mundo (LERNER; CAPLAN, 2016; TEN HAVE, 2016).

A bioética se pauta em quatro princípios fundamentais, a saber: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. São eles que regem a maneira como seres humanos devem ser tratados e como devem ter sua vontade e seus direitos respeitados (LERNER; CAPLAN, 2016).

DISTANÁSIA

Distanásia é, de maneira muito simplificada, a prática de se prolongar a vida através de meios artificiais e desproporcionais, causando sofrimento ao paciente, ou seja, distanásia é quando um indivíduo tem uma morte *longa e ruim*. Várias vezes essa prática é realizada por médicos que não entendem que a vida é finita e que nem tudo deve ser feito para manter o paciente vivo. Atualmente, a distanásia é entendida como o processo de morte em que o indivíduo falece perdendo sua dignidade (TEN HAVE, 2016; FERREIRA; NASCIMENTO; SÁ, 2018).

A distanásia ocorre muitas vezes contra a vontade do próprio paciente, ferindo, dessa forma, vários princípios bioéticos, sendo o que mais se destaca o princípio da autonomia. Esse processo acontece, geralmente, pelo medo da família de perder o ente querido, achando que a vida deve ser prolongada a todo custo, não sendo observada sequer a vontade do próprio paciente, que segue sofrendo e sem perspectiva nenhuma de melhora, sendo esse método usado apenas para prolongar a vida tão sofrida daquele sujeito, sem nenhum benefício terapêutico. Outras vezes, essa atividade é realizada por famílias que solicitam ao serviço de saúde que prolonguem a vida o quanto possível pelo fato de o indivíduo ser o provedor da renda da família, ficando o médico em um

dilema ético e, muitas vezes, ferindo os direitos do enfermo (TEN HAVE, 2016; COMIN, 2017; FERREIRA; NASCIMENTO; SÁ, 2018).

A finitude da vida é algo natural e deve ser respeitado. No processo de terminalidade da vida, os médicos e demais profissionais de saúde devem considerar sempre a qualidade de vida do indivíduo. Não basta viver, é necessário ter qualidade de vida (POLETTTO; BETTINELLI; SANTIN, 2016).

O ensino tradicional de Medicina tende a treinar o profissional para salvar a vida do paciente a todo custo, gerando assim um complexo processo na mente do médico entre salvar a vida e deixar o paciente ir. Para muitos, a morte é um erro e deve sempre ser evitada, porém ela é só uma etapa e chega para todos, devendo sempre ocorrer uma avaliação criteriosa de conduta e sempre tomar as decisões levando em consideração a vontade do paciente e, principalmente, sempre respeitando sua autonomia e levando em conta os princípios bioéticos da beneficência e da não maleficência (POLETTTO; BETTINELLI; SANTIN, 2016).

Uma outra grande dificuldade para os médicos, para o paciente e para a família é quando não há mais nenhuma conduta terapêutica que possa ser feita e que leve à cura. O profissional do Brasil, seja pela cultura, seja pela falta de conhecimento acerca dos preceitos bioéticos e sobre a terminalidade da vida, tem extrema dificuldade em dialogar com o paciente e com a família nesses momentos. A introdução de cuidados paliativos não deve ser entendida como desassistência médica, o trabalho médico continua mesmo quando a cura não é possível; o médico é responsável por cuidar, aliviar e consolar, metodologia que é estudada e aplicada desde Hipócrates e que ainda hoje é uma barreira na medicina brasileira do século XXI (POLETTTO; BETTINELLI; SANTIN, 2016).

EUTANÁSIA

A palavra eutanásia vem do grego e significa “*eu*” (boa) e “*thanatos*” (morte). Assim, para a medicina, é uma morte provocada e indolor de um indivíduo acometido por doença sem cura, ou mau prognóstico, que causa sofrimento e/ou dores. Portanto, a eutanásia tenta trazer uma morte boa, piedosa e humanitária. Além disso, é um ato intencional e abreviador necessário, com interrupção do curso da vida do paciente sem a dignidade necessária que o faça querer viver (LOBO *et al.*, 2019).

A discussão sobre eutanásia percorre o tempo, apesar de não ser social e juridicamente aceita. Entretanto, na história há vários filósofos que discutem o assunto. Francis Bacon, filósofo inglês, em sua obra *História vitae et mortis*, foi o primeiro a usar a palavra “eutanásia” e a defendeu em seu discurso como sendo necessária para o fim do sofrimento de moribundos. Platão pregava na Grécia que a eutanásia era válida e espalhava o pensamento de que o sacrifício de inválidos e doentes era preciso para o bem-estar e a economia coletiva (LAMAS, 2017).

Eutanásia é diferente de suicídio assistido. O segundo refere-se à assistência ao indivíduo que está em sofrimento e que perdeu a esperança e o desejo de viver, lhe garantindo uma morte sem dor. Neste caso, o agente ativo é o suicida, e o passivo é o profissional de saúde que lhe fornecerá o aparato necessário para o suicídio assistido (tipificado no artigo 122 do Código Penal) (CASTRO *et al.*, 2016; ROYER; WILDNER; SCHAEGLER, 2019). A eutanásia também é tipificada como crime, segundo o artigo 122 do Código Penal: “Matar, por piedade ou compaixão, paciente em estado terminal, imputável e maior, a seu pedido, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável em razão de doença grave: Pena - prisão, de dois a quatro anos”. Entretanto, a legislação brasileira não permite a prática da eutanásia mesmo em casos críticos, ainda que o paciente que possui autonomia sobre sua vida a queira. Nestes casos, são indicados a ortotanásia e os cuidados paliativos (BRASIL, 2012; ROYER; WILDNER; SCHAEGLER, 2019).

A eutanásia, segundo os autores Royer, Wildner e Schaedler (2019), pode ser classificada em:

Ativa: ocorre quando o profissional de saúde aplica medicamentos no indivíduo moribundo para que ele não sinta dor na morte. É a intervenção do ser humano no processo, abreviando a morte.

Passiva: é a ausência ou a interrupção de um tratamento com o objetivo de atenuar o sofrimento e que como consequência leva o indivíduo à morte.

Duplo efeito: quando um medicamento usado no tratamento para aliviar o sofrimento tem como efeito colateral a aceleração do processo de morte.

MISTANÁSIA

O termo mistanásia é traduzido do grego como “morte infeliz”, “morte miserável”. Inserindo o termo na realidade atualmente vivida, dilemas e pressões cercam o médico, que deve estar preparado para lidar com as mais diversas situações (FERREIRA; PORTO, 2019).

Além disso, a mistanásia é envolvida também por outros fatores. A diminuição do financiamento à saúde pública e o mau uso do dinheiro a ela destinada se refletem nas condições estruturais dos hospitais e na quantidade de leitos, por exemplo. Também inclui a própria formação médica (CARVALHO; SALDANHA; MUNEKATA, 2016; FERREIRA; PORTO, 2019).

Ao tratarmos das condições hospitalares, sobretudo das instituições públicas, observamos o papel do Estado. A mistanásia, morte miserável, que frequentemente vemos nos corredores hospitalares, por pacientes sem atendimento, vítimas do descaso ou da superlotação, da falta de materiais ou da desumanização, faz do Estado cúmplice de tal ato. Em relação à formação médica, a qualidade dela deve ser visada, prezando sempre pela humanização do profissional (CARVALHO; SALDANHA; MUNEKATA, 2016).

Como exemplo disso tivemos a pandemia de SARS-CoV-2 no Brasil, em que o próprio Ministério da Saúde admitiu que não conseguiu fornecer a atenção necessária à população vítima desse vírus, vitimando parte dos contaminados por falta da assistência necessária. Durante os momentos mais pesados da pandemia, o sistema público de saúde brasileiro entrou em colapso, sendo necessário construir hospitais de campanha para tentar remediar a situação (ARAÚJO *et al.*, 2021). Alguns autores ainda citam a posição do chefe do poder executivo do Brasil, falando que ele favoreceu mais os interesses econômicos e comerciais do que a proteção da saúde e da vida (PAIVA; CUNHA, 2020; ARAÚJO *et al.*, 2021).

Apesar de a epidemia de Covid-19 ter sido preconizada como uma enfermidade democrática e que tem o potencial de atingir a todos, é perceptível que as consequências das enfermidades vão se tornando distintas a partir da idade e da condição social dos indivíduos contaminados. Indivíduos de melhores condições sociais receberam atenção de saúde mais adequada do que indivíduos de maior vulnerabilidade

econômica, que só podiam recorrer ao Sistema Único de Saúde e sofriam com longuíssimas filas para acessar leitos de UTI ou, mesmo neles, não tinham acesso para remediar sua dor e até para o tratamento específico dessa patologia (CORREIA; ZAGANELLI, 2020).

Fato é que a sociedade atual não aceita bem a morte. Na ótica do médico, muitas vezes, a morte é vista como uma falha, um fracasso seu, que o faz estar sempre lutando contra a morte de seu paciente. Além disso, o médico se vê amedrontado pela possibilidade de responsabilização ética, civil e criminal pela morte. Diante disso, depara-se com a questão: deve, e quando, empregar a tecnologia a fim de tentar prolongar a vida e com ela, amiúde, o sofrimento do paciente? (FERREIRA; PORTO, 2019).

O Código de Ética Médica proíbe ao médico abreviar a vida de seu paciente e ao mesmo tempo diz que deve oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, sem empregar procedimentos terapêuticos ou diagnósticos inúteis ou obstinados, levando em consideração, na decisão, a vontade do paciente ou de seu responsável legal. Então, frente à terminalidade da vida, que pode ser entendida nos casos em que há impossibilidade de cura, é possível ao médico limitar ou suspender tratamentos que prolonguem sua vida, sempre garantindo os cuidados paliativos visando aliviar seu sofrimento (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019; FERREIRA; PORTO, 2019).

O médico deve ter clara ideia, por sua formação, do valor do cuidado: o cuidado vem antes da cura. O “estar vivo” do paciente, visando agradar a algum familiar, por exemplo, não deve se sobrepor à liberdade e à dignidade do paciente. O emprego obstinado de algumas medidas terapêuticas, em situações de terminalidade da vida, leva mais ao sofrimento do que ao benefício. Novamente, é necessário que se saiba que o cuidado vale mais que a cura (FERREIRA; PORTO, 2019).

Comentário do especialista¹⁰⁰

Como forma de ilustrar o *furor curandis* dos médicos que não percebem que, cedendo ao desejo dos seus pacientes, muitas vezes, praticam a distanásia, prolongando a vida com muito sofrimento, trazemos um caso clínico:

MGA, mulher, 38 anos, diagnosticada com câncer de estômago irrecutível e já com metástases, mãe de um filho, nordestina, mas morava em São Paulo e viúva. Ela sabia que tinha uma doença terminal e que já estava próxima da morte. Porém, a paciente negou seu quadro o tempo inteiro, escondendo-o da família e do filho, contando apenas para a irmã que a ajudava. Ela culpava todos os profissionais de saúde que a trataram, indo de terapia em terapia, de tentativas em tentativas, e no fim voltava para o médico que deu o diagnóstico inicial. Com o passar do tempo, a paciente foi piorando devido a seu câncer grave, incurável e muito agressivo. Ela sempre mudava de médico à procura de alguém que a curasse. Com o quadro muito avançado, a paciente aparece na urgência do hospital, justamente no plantão do médico que deu seu diagnóstico. Muito nervosa, ela começa a pegar na roupa do médico e a dizer: “Diga que não é... diga que eu não vou morrer, eu não posso morrer. Eu tenho de criar o meu filho.”

Ela não conseguia nem ouvir o assunto sobre preparação para a morte, sobre sua doença ou sobre a terminalidade da vida que ela acusava o médico de não acreditar em Deus e ter pouca fé. Infelizmente, a paciente veio a óbito e, mesmo em seus últimos momentos, ela repetia frases como: “não é justo eu morrer” e “não é a hora de morrer”. Percebo que foi uma experiência dura para ela, que era uma pessoa maravilhosa, uma mulher linda, muito inteligente e com uma carreira brilhante, mas que teve esse fim.

A paciente alongou sua vida ao máximo, mesmo que para isso sofresse graves dores e vivesse pedindo aos médicos pelos quais passou para que tentassem todos os tratamentos possíveis, até mesmo os experimentais, independentemente de trazerem qualidade para seu quadro ou não. Infelizmente, morreu distante da maioria de sua família, pois não queria que ninguém soubesse do seu quadro, evidenciando as tristes consequências de um enfrentamento inadequado do fim da vida.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. A. *et al.* Brazilian Public Health Policy Admits Misthanasia: During the COVID-19 pandemic, death reveals itself. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e48610716770-e48610716770, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i7.16770.

BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado nº 236, de 09 de julho de 2012. **Reforma do Código Penal**. Brasília: Senado Federal, 2012. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/106404>. Acesso em: 26 nov. 2021.

CARVALHO, G. M.; SALDANHA, R. R.; MUNEKATA, L. Y. C. Breves considerações sobre a mistanásia e o caso do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba - PR, Brasil. **Opin. jurid., Medellín**, v. 15, n. 29, p. 223-242, 2016. DOI: 10.22395/ojum.v15n29a11.

CASTRO, M. P. R. *et al.* Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Revista Bioética**, v. 24, n. 2, p. 355-367. 2016. DOI: 10.1590/1983-80422016242136.

COMIN, L. T. *et al.* Percepção de pacientes oncológicos sobre terminalidade de vida. **Revista Bioética**, v. 25, n. 2, p. 392-401, 2017. DOI: 10.1590/1983-80422017252199.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 22 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 23 jan. 2022.

CORREIA, J. V. G.; ZAGANELLI, M. V. COVID-19, Vulnerabilidade Social e Mistanásia: Reflexões Bioéticas sobre a Pandemia do Novo Coronavírus no Brasil. **Revista Pensamento Jurídico**, v. 14, n. 2, 2020. Disponível em: <https://fadisp.com.br/revista/ojs/index.php/pensamentojuridico/article/view/216/276>. Acesso em: 22/07/2022.

FERREIRA, J. M. G.; NASCIMENTO, J. L.; SÁ, F. C. Health professionals: a view on death and dysthanasia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 87-96, 2018. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n3RB20170134.

FERREIRA, S.; PORTO, D. Mistanásia × Qualidade de vida. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 191-195, 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019272000.

LAMAS, L. P. A. Viver e morrer com dignidade: breves reflexões sobre a eutanásia e seu sancionamento no Brasil. **Revista Pensar Acadêmico**, v. 12, n. 1, p. 36-42, 2017. DOI: 10.21576/rpa.2015v12i1.205.

LERNER, B. H.; CAPLAN, A. L. Judging the past: how history should inform bioethics. **Annals of internal medicine**, v. 164, n. 8, p. 553-557, 2016. DOI: 10.7326/M15-2642.

LOBO, G. G. *et al.* A eutanásia e seus aspectos bioéticos. **Anais da Mostra Acadêmica do Curso de Fisioterapia**, v. 7, n. 2, p. 83-87, 2019. Disponível em: <http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/fisio/article/view/5268/2988>. Acesso em: 22 nov. 2021.

PAIVA, W.; CUNHA, T. R. **Mistanásia em Tempos de Pandemia de COVID-19: Reflexões Iniciais a partir da Bioética Global**. Bioética e COVID-19. Indaiatuba: Editora Foco, 2020. Disponível em: <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2020/11/Mistanasia-em-tempos-de-Pandemia-Thiago.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2022.

POLETO, S.; BETTINELLI, L. A.; SANTIN, J. R. Vivências da morte de pacientes idosos na prática médica e dignidade humana. **Revista Bioética**, v. 24, n. 3, p. 590 - 595, 2016. DOI: 10.1590/1983-80422016243158.

ROYER, L.; WILDNER, B. H.; SCHAEDLER, P. F. Eutanásia. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste**, v. 4, p. e23541-e23541, 2019. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/23541>. Acesso em: 26 nov. 2021.

TEN HAVE, H. **Encyclopedia of global bioethics**. 1. ed. Suíça: Springer International Publishing AG, 2016.

Suspensão de nutrição e hidratação artificiais

Maria Heliziane dos Santos¹⁰¹

Esther Alves Régis dos Santos¹⁰¹

Vera Maria Silveira de Azevedo¹⁰²

A nutrição e a hidratação de boa qualidade e em quantidades suficientes são essenciais para a qualidade e a manutenção da vida humana. Tamanha é sua importância que o seu acesso consta como um direito inalienável na Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948). Além disso, é um direito social assegurado pelo artigo 6º da Constituição Federal brasileira (BRASIL, 1988, p. 19) e uma responsabilidade social e de promoção da saúde, segundo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, aclamada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura – Unesco (2006, art. 14). Contudo, a necessidade nutricional pode ser questionável em pacientes que estão na fase final de vida.

Consideramos, para fins desta discussão, “fim de vida” como o

[...] período de declínio inexorável e irreversível do estado funcional antes da morte. Isso pode se desdobrar gradualmente ao longo de dias ou semanas com um declínio flutuante, mas ainda assim contínuo em uma doença progressiva, precipitadamente após um evento neurológico inesperado e devastador, como um acidente vascular cerebral, ou após uma retirada planejada de intervenções de suporte à vida, como hemodiálise ou suporte ventilatório (HANKS *et al.*, 2010).

101 Graduandas em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

102 Anestesiologista. Vice-presidente da Associação Sergipana para o Estudo da Dor e integra a Equipe de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe.

Embora a oferta nutricional e hídrica por via oral seja um cuidado básico, o oferecimento via enteral (nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia e gastrojejunostomia) ou parenteral (acesso venoso periférico e central) é uma intervenção médica. O mesmo se aplica às vias artificiais de hidratação, as quais são: intravenosa, hipodermóclise, dermóclise e proctólise, sendo a escolha definida pelo contexto clínico, pelas indicações e pela ausência de contraindicações absolutas. O início desse suporte nutricional artificial deve ser ponderado com cautela, especialmente nos pacientes em fase final de vida, considerando que são medidas invasivas e que podem afetar a qualidade de vida (ROCHFORD, 2020).

Segundo a Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral – Aspen, a tomada de decisões referentes à nutrição e à hidratação artificiais deve, assim como todo ato médico, seguir os quatro princípios básicos da bioética: “(1) autonomia, respeitar as preferências do paciente, de acordo com sua capacidade decisória; (2) beneficência, fornecer os cuidados que melhor atendam ao paciente; (3) não maleficência, não causar dano; e (4) justiça, fornecer a todos os indivíduos uma distribuição justa e apropriada dos recursos de saúde” (SCHWARTZ *et al.*, 2021).

Durante a fase final de vida, as necessidades hídricas e nutricionais estão diminuídas devido a diversos fatores fisiológicos pela progressão da doença, questões psicológicas, efeitos adversos das medicações e procedimentos. Em artigos que avaliam esse assunto, pontua-se que a sede, nesse panorama, não advém necessariamente da desidratação, podendo, portanto, ser sanada com cuidados orais e hidratação da mucosa. Ademais, a sensação de fome raramente é citada, e náuseas, vômitos e outros sintomas gastrintestinais não justificam a nutrição parenteral. Na literatura científica, essa redução das necessidades é bem estabelecida, e por vezes a restrição da oferta pode ser benéfica ao paciente, tendo em vista que pode reduzir sintomas respiratórios, débito urinário, fluidos gastrointestinais e edema periférico (DANIS, 2021). Dessa forma, além de maior conforto para o paciente, também há redução de procedimentos e necessidade de manipulação.

Para além de indicações médicas e nutricionais, a hidratação e a nutrição têm um significado sociocultural de grande importância e que pode ser associado pelo paciente e pela família à qualidade do cuidado

prestado e das condições de morte dele. Baillie *et al.* (2018), em um estudo qualitativo com pacientes, cuidadores e profissionais da saúde, viram que a nutrição e a hidratação são vistas pela família como um suporte básico, e muitos atribuíram a falta delas a experiências ruins de cuidados. Todavia, nesse mesmo estudo, destaca-se que os pacientes e cuidadores que recusaram o suporte artificial também relatam experiências ruins quando incentivado. Além disso, os profissionais não se sentiam seguros quanto às reais necessidades do paciente em processo de morte. Os autores destacam a necessidade de estudos maiores que evidenciem de forma robusta que a retirada é segura, não maléfica e possivelmente benéfica ao paciente.

A despeito de sua falta de impacto na sobrevida do paciente em fase final de vida (KINGDON *et al.*, 2021), a terapia nutricional artificial – TNA, especialmente a hidratação, pode promover uma melhor qualidade no processo de morte, visto que muitas vezes atende às necessidades psicológicas e às expectativas do paciente e da sua família (WU *et al.*, 2021). O I Consenso da Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica (2021) orienta que não há indicação para TNA no paciente em estágio final de vida e contraindica intervenções que possam causar dor ou desconforto a ele, orientação essa corroborada no Manual de Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde (MAIELLO, 2020). No entanto, tanto o início da TNA quanto sua descontinuidade devem viabilizar o respeito aos desejos, às crenças e aos valores do paciente.

Como vimos anteriormente, a tomada de decisão médica deve respeitar os princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Nesse sentido, tanto a decisão de início e manutenção da nutrição e da hidratação artificiais quanto sua suspensão devem respeitar a escolha do paciente ou, em caso de ausência de capacidade decisória, de seu representante legal e/ou sua diretriz antecipada de vontade, sobre a qual dispõe a Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina – CFM. Dada a sua importância, esse respeito à autonomia consta como um dos 24 princípios fundamentais do exercício da medicina, dispostos no Código de Ética Médica – CEM (CFM, 2019). Nele, dispõe-se que o médico deve aceitar as preferências do paciente, dentro, porém, de seus ditames de consciência e das previsões legais, e contanto que sejam congruentes com o quadro clínico e o amparo cien-

tífico, sendo vedado ao médico, de acordo com o artigo 24 do capítulo IV (CFM, 2019), “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”.

Além disso, o artigo 31, encontrado no Capítulo V do CEM, ratifica esse preceito, vedando ao médico o desrespeito à autonomia, salvo em caso de risco de morte iminente, devendo-se, porém, pontuar que o “risco de morte iminente” não se atribui aos quadros irreversíveis e terminais, uma vez que nestes o médico “evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”, conforme o 22º princípio fundamental do exercício da medicina (CFM, 2019). Isso reforça a necessidade de avaliação da condição clínica e do contexto psicossocial do paciente para a ponderação do benefício e da não maleficência de cada intervenção médica, especialmente nesse âmbito da fase final da vida. Em adição, esse princípio é reforçado pelo parágrafo único do artigo 41 do CEM, acrescentando um destaque à tomada de decisão compartilhada:

Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (CFM, 2019).

Segundo o consenso da Aspen de 2021:

Os médicos devem estar cientes de que, de uma perspectiva científica, ética e legal, não há diferença entre negar e suspender a nutrição e hidratação administradas artificialmente (AANH). Este artigo usa o termo ‘renunciar’ para ambos, reconhecendo que retirar é emocionalmente mais pesado do que se negar, especialmente em culturas e religiões específicas. A decisão de renunciar à AANH deve ser baseada nas preferências e valores do paciente ou tomador de decisão substituto (SDM) autorizado, medicina baseada em evidências (EBM), trajetória da doença, o impacto previsto da intervenção

na doença / condição e resultados clínicos esperados. A compreensão deste termo pode ajudar os médicos nas discussões com o paciente / família ou SDM (SCHWARTZ *et al.*, 2021).

Assim, conclui-se que, na tomada de decisão de suspender ou não a nutrição ou a hidratação artificiais, é de suma importância que os riscos e os benefícios de cada intervenção no paciente sejam cautelosamente ponderados. É essencial também que necessidades e preferências do paciente e, em certa proporção, as dos familiares sejam recebidas com escuta ativa. A infração ética não está intrínseca à escolha por si só; como visto, ambas têm amparo científico e legal se feitas norteadas por uma visão holística do paciente (do grego *holos*: “inteiro”). Isto é, para uma não violação da autonomia do paciente e do seu direito de beneficência e não maleficência, é imprescindível que ele seja compreendido como um indivíduo dotado de corpo, crenças, família, amigos, emoções e desejos. Um ser humano complexo, com direito a uma vida digna e, sendo a morte uma etapa constituinte dela, um fim de vida digno.

Comentário da especialista¹⁰²

O caráter simbólico de carinho, associado ao ato de alimentar, e a noção de sofrimento, associada à morte por fome e sede, estão ainda profundamente enraizados no pensamento da sociedade. A linguagem exemplifica quão significativa é a alimentação: “alimentar” alguém é uma ação humana que representa respeito pela vida e cuidado com o semelhante (FERNÁNDEZ-ROLDÁN, 2005).

Nossa vida é permeada pela relação com os alimentos, incluindo as recordações agradáveis que certas comidas despertam. Por meio da alimentação, ingerimos nutrientes necessários à sobrevivência, mas também nos relacionamos com significados, sonhos e imagens. A importância dessa relação não diminui com a manifestação de um adoecimento grave, e refletir sobre esse tema é extremamente relevante, pois envolve, além de questões éticas e bioéticas, as angústias de familiares e da equipe profissional.

Quando os cuidados na fase final da vida têm início, surgem questões conflitantes de diversas naturezas, relacionadas especialmente à manutenção ou à suspensão de intervenções consideradas mantenedoras da

vida, dentre elas estão a Nutrição e Hidratação Artificiais – NHA. Esses conflitos se devem ao fato de ser difícil chegar a um consenso sobre qual decisão traduz os melhores interesses da pessoa doente e se a abordagem lhe causará algum tipo de dano. A NHA em pacientes em fim de vida, em muitos casos, contribui para o prolongamento da vida. No entanto, podem colocar em risco o conforto do paciente, o principal objetivo de todas as abordagens em pacientes nessa fase, uma vez que podem desencadear sintomas, tornando-se uma terapia fútil.

Considerando os princípios bioéticos de beneficência e não maleficência, são ambos *prima facie*, e não há uma hierarquia perfeita entre si. Esses dois princípios não estão apenas amplamente relacionados, mas são complementares. Percebemos como dois imperativos éticos; apesar disso, o proveito em separá-los parece claro, pois a abrangência de cada um é diferente, e a relação dos profissionais de saúde com esses dois princípios não é igual.

Por que suspender? Essa será a primeira pergunta realizada pela família e/ou pelo cuidador. As controvérsias e uma crença discordante na prática quanto à suspensão de nutrição artificial e da hidratação em final de vida se devem ao fato de que há mais valor emocional ligado à provisão de nutrição e hidratação do que, por exemplo, no uso contínuo de antibióticos ou outros tratamentos.

Quando falamos sobre NHA, existe algo que se perde, inclusive não apenas por parte do paciente, mas também por parte do cuidador. Oferecer aquela “sopa” parece não criar um sentimento de que o outro está sendo alimentado, hidratado, parece algo mecânico e chegando ao ponto de o cuidador, quando um paciente em domicílio, apresentar sinais de desgaste por ter de realizar aquele procedimento diversas vezes ao dia.

Juntamente com outras medidas terapêuticas, a alimentação pode melhorar a qualidade de vida do paciente sem possibilidades clínicas de cura. E na fase final da vida? Quais são as nossas principais relações, quais as importâncias que damos ao nosso bem-estar e aos nossos momentos de satisfação, aos desejos e prazeres? Nos momentos finais da vida, independentemente da causa, o alimento assume diversos significados. Ele pode ser negado ou desejado, mas sem mais cumprir a função concreta de nutrir, o que traz desafios.

A legislação atual e a prática médica permitem evitar a obstinação terapêutica. As diretrizes legais envolvendo o fim da vida devem ser respeitadas. Porém, diante de um paciente e sua família, no final da vida, podemos desenvolver, no estado de compreensão e decisões, um planejamento individual que deverá ter como objetivo principal a paz e a satisfação tanto do próprio paciente quanto dos familiares, mesmo que a ideia de não alimentar e não hidratar o ser humano com o objetivo de prover conforto seja estranha à nossa consciência.

É necessário enfatizar alguns pontos, sendo o primeiro a necessidade de se respeitar, cada vez mais, a Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019, do CFM, que dispõe sobre o direito de recusa do paciente. O segundo é a escuta ativa, uma abordagem necessária em todos os momentos, não apenas na terminalidade, que faz uma diferença inigualável na qualidade de atendimento a esses pacientes. E, por último, a questão do conflito ético e biológico, considerando logicamente as individualidades de cada caso, ou seja, de cada paciente, de cada família e também de cada equipe.

Chamamos atenção para a importância do encaminhamento precoce desses pacientes à equipe de cuidados paliativos e a um nutricionista, tendo em vista as diversas dificuldades na ingestão de alimentos e a possibilidade de iniciarmos um preparo para construção de diretrizes antecipadas de vontade ainda, se possível, em momento de plena autonomia do paciente. Existem diferenças filosóficas relacionadas à alimentação e à hidratação entre nutricionistas e outros participantes da equipe de cuidados paliativos, o que pode afetar o atendimento consistente e de qualidade em doentes sem uma diretiva antecipada ou tomador de decisão substituto.

Portanto, faz-se necessário discutirmos mais sobre o tema, uma vez que as questões éticas há décadas continuam as mesmas, pois em muitas questões não houve grande desenvolvimento na área de nutrição e hidratação no cuidado ao fim da vida, embora a cessação voluntária de alimentação e hidratação venha sendo referida com mais frequência na literatura.

Referência em cuidados paliativos, a médica Cicely Saunders (1918-2005) deixa para nós uma de suas mais belas poesias:

Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e, faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 1º set. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.995, de 31 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Resolução CFM nº 1.995/2012. Brasília, DF, 31 ago. 2012. Seção 1, p. 269-270. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 6 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 22 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 1º set. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019. **Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente**. Brasília, DF. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2021/2294_2021.pdf. Acesso em: 20 mar. 2022.

DANIS, M. Stopping nutrition and hydration at the end of life. **Up to Date**. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/stopping-nutrition-and-hydration-at-the-end-of-life>. Acesso em: 06 out. 2021.

FERNÁNDEZ-ROLDÁN, A. Nutrición en el paciente terminal: punto de vista ético. **Nutrición Hospitalaria, Madrid**, v. 20, n. 2, p. 88-92, abr. 2005. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112005000200004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 2 mar. 2022.

HANKS, G. *et al.* Introduction. In: **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. 4. ed. New York: Oxford University Press, 2010.

KINGDON, A. *et al.* What is the impact of clinically assisted hydration in the last days of life? A systematic literature review and narrative synthesis. **BMJ Support Palliat Care**, v. 11, n. 1, p. 68-74, 2021. DOI: 10.1136/bmjspcare-2020-002600.

MAIELLO, A. P. M. V. *et al.* **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final.pdf>. Acesso em: 6 out. 2021.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Resolução 217 A III. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 1º set. 2021.

ROCHFORD, A. Ethics of providing clinically assisted nutrition and hydration: current issues. **Frontline Gastroenterol**, v. 12, n. 2, p. 128-132, 2020. doi: 10.1136/flgastro-2019-101230.

SBNO - Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica. **I Consenso Brasileiro de Nutrição Oncológica da SBNO**. Rio de Janeiro: Edite, 2021.

SCHWARTZ, D. *et al.* APEN. International Clinical Ethics Position Paper Update Workgroup. Ethical Aspects of Artificially Administered Nutrition and Hydration: An ASPEN Position Paper. **Nutr Clin Pract**, v. 36, n. 2, p. 254-267, 2021. DOI: 10.1002/ncp.10633.

UNICEF - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Declaração. A promoção da saúde e do desenvolvimento social [...]. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**, Paris, p. 1-12, 2006. Traduzido por: Comissão Nacional da Unesco – Portugal. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por. Acesso em: 1o set. 2021.

WU, C. *et al.* To hydrate or not to hydrate? The effect of hydration on survival, symptoms and quality of dying among terminally ill cancer patients. **BMC Palliat Care**, v. 20, n. 1, p. 13, 2021. DOI:10.1186/s12904-021-00710-9.

Suicídio assistido e a morte no século XXI

Arthur Campos do Nascimento¹⁰³

Vera Maria Silveira de Azevedo¹⁰⁴

*Esta vida é uma estranha hospedaria,
De onde se parte quase sempre às tontas,
Pois nunca as nossas malas estão prontas,
E a nossa conta nunca está em dia.*

Mario Quintana

*Não que eu esteja
com medo de morrer.
Apenas não queria estar lá
quando isso acontecesse.*

Woody Allen

A morte sempre foi uma certeza que intrigou a humanidade. Desde o início da civilização, os indivíduos se debruçam sobre sua complexidade e seus mistérios. Com os avanços tecnológicos na medicina, a morte ganhou uma nova acepção, pois, em algumas situações, ela passa a acontecer em leitos hospitalares, longe dos familiares e dos locais em que memórias afetivas foram criadas, ampliando os sentimentos de vulnerabilidade, impotência e solidão nos pacientes. Outrossim, há uma dura relação entre o médico e a morte, já que esses profissionais muitas vezes nutrem um aspecto heroico da profissão, e por isso perder um paciente significa, para alguns, fracasso (KOVÁC, 2014).

103 Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

104 Anestesiologista, vice-presidente da Associação Sergipana para o Estudo da Dor. Integra a Equipe de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe.

Ademais, a excessiva associação do heroísmo à prática médica incorre em erros médicos, vinculando-se à tentativa de prolongar a vida do paciente a qualquer custo com a utilização de procedimentos invasivos, os quais muitas vezes somente aumentam o sofrimento do paciente, diminuindo ainda mais a sua qualidade de vida e sua dignidade. Essa conduta é denominada obstinação terapêutica e conduz até a distanásia (MARTINEZ; BERSOT, 2015).

Segundo Castro, Guimarães e Batista (2018), distanásia é o prolongamento desnecessário do processo de morrer, o que resulta em uma morte lenta e sofrível. Tal situação é repudiada pelo Código de Ética Médica e vista como uma violação ao princípio ético da não maleficência, o qual se refere à obrigação médica de não infligir dano intencional ao paciente (CFM, 2019).

Diante das novas perspectivas no processo de morte, o complexo debate a respeito do suicídio assistido entrou em evidência e suscita tanto argumentos contrários quanto favoráveis, os quais serão abordados neste capítulo. O suicídio assistido é a situação em que um médico ajuda intencionalmente um enfermo a pôr fim à sua vida, a pedido consciente e voluntário. Assim, o profissional prescreve os medicamentos, fornece as informações e os meios para que o ato seja praticado (CASTRO; GUIMARÃES; BATISTA, 2020).

No Brasil, o suicídio assistido é criminalizado e tipificado como “Induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio”, em conformidade com o artigo 122 do Código Penal (BRASIL, 1940). Dessa forma, o principal argumento para tal proibição é a garantia do direito à vida, um direito fundamental que pressupõe a própria existência para que sejam usufruídos os demais direitos fundamentais, além de um bem indisponível, a ponto de receber proteção jurídica em todas as esferas do sistema normativo (KRAVETZ; CASTRO, 2015). Assim, os autores que sugerem argumentos favoráveis à proibição utilizam o princípio do primado do direito à vida, ou seja, entende-se que o direito à vida é prerrogativa de maior relevância em todo o ordenamento jurídico, por consequência, em conflito de direitos, ele sobressai (CASTRO *et al.*, 2016).

Em países como Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Suíça, Colômbia, Canadá e em alguns estados dos Estados Unidos, a morte assistida é permitida e regularizada, com cada país tendo suas especificidades,

compartilhando o fato de que essa opção é restrita a pacientes terminais, cujo curso de suas enfermidades resultará em maiores angústias, sofrimentos e limitações (CASTRO *et al.*, 2016). Os autores que defendem uma tese favorável à descriminalização, como ocorre em tais países, afirmam que, embora o direito à vida seja inalienável, isso não implica que por todos os eixos de sua análise dimensional ela deve receber proteção jurídica absoluta. Portanto, o indivíduo em estado terminal, que tenha sua vida prolongada de maneira artificial e obstinada, perde seu direito à dignidade, um bem fundamental, que, assim como o direito à vida, deve acompanhar toda a existência do sujeito e que é um princípio básico da Constituição Federal (MARTINEZ; BERSOT, 2015).

Além disso, o direito à autonomia da vontade do paciente, que está garantido pela Carta Magna, deveria conceder ao indivíduo a liberdade de escolher se quer abreviar a própria morte, desde que ele tenha condições para tomar tal decisão. Por fim, para Martínez e Bersot (2015), o ser humano não pode ter sua autonomia, liberdade e dignidade limitadas pelo Estado, mesmo quando estiver em uma situação de vulnerabilidade.

Uma pesquisa realizada com profissionais do Hospital Universitário Santa Terezinha, conduzida por Brandalise *et al.* (2018), demonstrou que 73,4% dos participantes declararam conhecer o significado de “suicídio assistido” antes da realização da pesquisa e que 77,5% são favoráveis a uma suposta legalização do ato em casos de doenças terminais. Tais resultados são bastante expressivos e relatam uma considerável aceitação da morte assistida, além de uma evolução em termos de conhecimento por parte dos profissionais da saúde. Esse avanço é resultado de um maior enfoque nos cuidados paliativos e na retomada da autonomia e da dignidade dos enfermos em estado terminal.

Cuidados paliativos são imprescindíveis para a qualidade de vida de um paciente terminal, por isso são defendidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2006). A medicina paliativa moderna implica uma perspectiva holística que conduz a um tratamento centrado no paciente e não na patologia que o acomete. Por conseguinte, busca-se o cuidado dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual, além do controle da dor e dos sintomas, visando sempre o alívio das angústias e do sofrimento do enfermo e de seus familiares. A ortotanásia, que é considerada uma das bases da medicina paliativa, é definida como a morte no

tempo certo, já que ela consiste na suspensão de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do indivíduo artificialmente, deixando a morte tomar seu percurso natural (MARTA; HANNA; SILVA, 2010). Conforme Andrade (2020), apesar de não haver uma legislação específica que discipline a ortotanásia, esta encontra respaldo no ordenamento jurídico brasileiro, não havendo ilegalidade na prática de tal atividade.

A morte desperta os mais variados sentimentos na humanidade, e, com o avanço da medicina, as novas perspectivas no processo de morte incitam debates a respeito da qualidade de vida dos pacientes terminais em diversos países. É importante ressaltar que, apesar de a temática do suicídio assistido ter entrado em evidência, ainda se fazem necessários maiores debates tanto no campo jurídico quanto na medicina, visto que é uma discussão contemporânea que ainda gera divergências importantes. Por fim, os cuidados paliativos são essenciais para a retomada da dignidade do enfermo em estado terminal, sendo de suma importância que o Sistema Único de Saúde amplie o acesso a esse tipo de tratamento na assistência à saúde (CASTRO *et al.*, 2016).

Comentário da especialista¹⁰⁴

O debate sobre o tema ainda é relevante para o mundo como um todo. Os principais argumentos são a dignidade humana e a autonomia, ou seja, do que adianta ter vida se esta não é digna, vivida com sofrimento prolongado, e eu não tenho o direito de morrer? Portanto, o ser humano deve ter o direito de terminar com sua vida se assim o desejar, sendo um direito de escolha do paciente, sem interferência de quem não conhece seu dia a dia com a doença que o acomete. Já os que argumentam contra destacam que tirar a vida de alguém, da forma que for, é um assassinato, sendo que o indivíduo se encontra emocionalmente abalado pelo seu sofrimento, ficando, assim, sua escolha comprometida. A ética médica é um agente de intervenção nas decisões sobre o suicídio assistido.

Com o propósito de estimular o avanço da medicina, e de suas diversas interpretações, a dor, o sofrimento e a perda de autonomia vêm sendo considerados tão importantes quanto os sinais vitais, que antes eram a prioridade do cuidado em pacientes terminais. Como uma ramificação

dessa responsabilidade ética do médico, tem-se o gerenciamento da dor e do sofrimento do paciente, dando assistência integral ao doente. Dessa forma, o suicídio assistido constitui-se um recurso eticamente justificável àqueles que buscam o alívio e a dignidade do paciente.

Termino relatando que em inúmeras situações me encontrei, e ainda me encontro, diante de pacientes que, de forma profunda e verdadeira, solicitam o alívio do sofrimento. São guerreiros e guerreiras que reconhecem que perderam a batalha, mas não perderam a coragem. Somando os medos, as angústias e as preocupações, chegamos até a pensar que nesses momentos eles são realmente egoístas, e seus olhares já não brilham com luz, mas sim com apelo por um descanso que somente o dormir eternamente lhes daria. Sempre tento fazer uma leitura das faces logo após o óbito dos pacientes, procuro assistir a todos e me vejo neles.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, O. M. Status legal da eutanásia e ortotanásia no Brasil. **Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro**, [S. l.], v. 23, n. 47, p. 96, 2020. DOI: 10.30749/2177-8337.v23n47p96-109.

BRANDALISE, V. B. *et al.* Suicídio assistido e eutanásia na perspectiva de profissionais e acadêmicos de um hospital universitário. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 217-227, 2018. DOI: 10.1590/1983-80422018262242.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 18 dez. 2019.

CASTRO, J. C.; GUIMARÃES, M. N.; BATISTA, R. S. **Caminhos da Bioética**. v. 3. Teresópolis: Unifeso, 2020. 400 p. Disponível em: <http://www.unifeso.edu.br/editora/pdf/47014555a284149595730af7e664faf4.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2019.

CASTRO, M. P. R. d. *et al.* Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 355-367, 2016. DOI: 10.1590/1983-80422016242136.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. Dispõe sobre cuidados paliativos de pacientes com enfermidades graves e incuráveis**. Brasília: CFM, 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 15 dez. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2019.

KRAVETZ, R. Z. C.; CASTRO, M. F. O suicídio assistido na esfera dos direitos fundamentais: análise da autonomia da vontade na sociedade disciplinar. **Revista Jurídica**, Curitiba, v. 2, n. 39, p. 346-372, 2015. DOI: 10.26668/revistajur.2316-753X.v2i39.1537. Acesso em: 15 dez. 2019.

KOVÁČ, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 94-104, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533264009>. Acesso em: 12 dez. 2019.

MARTA, G. N.; HANNA, S. A.; SILVA, J. L. F. Cuidados paliativos e ortotanásia. **Diagn Tratamento**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 58-60, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n2/a58-60.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2019.

MARTINEZ, S. R.; BERSOT, L. G. Análise crítica da proibição do suicídio assistido no Brasil. **Argumenta Journal Law**, Paraná, [S. l.], n. 23, p. 283-311, 2015. Disponível em: <http://seer.uenp.edu.br/index.php/argumenta/article/view/593>. Acesso em: 13 dez. 2019.

Posfácio

*O possuir não existe, existe somente o ser:
esse ser que aspira até ao último alento,
até a asfixia.*

Franz Kafka

A Medicina está sempre a serviço da sociedade (e não o contrário)! O universo da bioética é interessante e desafiador. Convida os médicos a adentrarem o espectro da excelência profissional, aberto para aqueles que se curvam, perenemente, à disciplina de percorrer os campos para nós tortuosos das ciências humanas e sociais, absorvendo princípios basilares da Antropologia, da Sociologia, da Filosofia, da Teologia e até da Economia, recapitulando, dessa forma, o vasto mundo do Direito.

Nesse sentido, a Medicina deixa de ser apenas aquela ciência ôntica (que visa o ser em suas dimensões física e mental), cujo teor estudamos desde o início da faculdade, passando a ser também uma ciência deôntica, preocupada com o mister do dever-ser.

Assim, a lógica da fisiologia e da fisiopatologia é algo necessariamente preso aos momentos passados da história de cada paciente, dos seus hábitos de vida, do trabalho, do consumo, da cultura, da geografia etc. Dessa forma, relacionando saúde e ambiente vivido é que os médicos entendem o comportamento do corpo humano “à beira do leito”, estabelecendo diagnóstico e possíveis estratégias de tratamento, visando um futuro melhor para seus pacientes.

Isto posto, o que é o paciente senão corpo e cultura?

Destarte, é imperativo que o binômio diagnóstico/tratamento esteja sob regramento da bioética em todos os momentos de interação entre médico e paciente, não sendo permitido ao primeiro se afastar das normas éticas, mesmo nos momentos mais críticos, a exemplo do que

ocorre quando da recusa expressa a hemoderivados por motivação de crença religiosa (“Dilemas éticos na Medicina” – Seção III, item 20).

Portanto, a despeito da melhor condução clínica, a bioética se impõe, estabelecendo normas de conduta profissional que visam o presente e o futuro, sendo elas movidas pelo movimento social, assim como o é o próprio Direito.

Ricardo Scandian de Melo

Conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe.

Conselheiro do Conselho Federal de Medicina.



EDITORA ARTNER

editoraartner@gmail.com

(79) 99131-7653 (WhatsApp)

Papel do miolo: Offset 75g
Papel da capa: Supremo 250g
Formato: 16 x 23 cm
Font: Cambria e Encod Sans