Balizamento para a boa prática

Este livro aborda uma temática que extrapola os interesses dos médicos. São questões concernentes aos conflitos éticos da Medicina, mas também de interesse da população. Nos tempos contemporâneos, a Ética e a Bioética têm exigido do médico um olhar que ultrapassa o agir puramente técnico, dando conta das questões humanitárias como balizamento para a boa prática profissional.

Os autores propõem uma metodologia estruturada em casos clínicos, abrangendo assuntos desde o nascimento do ser humano até os derradeiros momentos de sua vida. A obra, ao se deter nas discussões de vários temas como o abortamento e a autonomia do paciente ou em tópicos como a mercantilização da Medicina, estimula o perene debate a respeito dos valores da pessoa humana.

Considero que este livro, ao se debruçar sobre as questões dos conflitos éticos, contribui favoravelmente para a reflexão sobre as questões que interessam a todos nós.

Henrique Batista e Silva
Mestre em Cardiologia
Especialista em Bioética pela Universidade de Porto (Portugal)
Membro da Comissão de Bioética do Conselho Federal de Medicina

A professora Déborah Pimentel em boa hora nos surpreende com mais uma contribuição lítero-científica com um tema atual, **Conflitos Éticos na Prática Médica**, que reúne casos clínicos e os põe em discussão.

É um novo desafio, principalmente neste momento que estamos vivenciando uma pandemia que vem aterrorizando todo o mundo.

Para nós profissionais médicos, sempre apegados aos princípios éticos da Medicina, profissão milenar, jamais poderemos nos afastar dos mandamentos hipocráticos.

A Medicina é essencialmente arte e ciência.

Um tema atual que tem encerrado profundas discussões, não tão somente no meio da ciência médica, mas, sobretudo no campo jurídico, sociológico, político e principalmente o da ciência.

O médico é o ator responsável, por ser o agente maior da saúde na equipe que define os caminhos e as práticas a serem utilizadas no paciente; compete a ele assegurar as rédeas dos medicamentos e das técnicas a serem utilizadas, de maneira a encontrar o que não venha a ser nocivo, mas o que for melhor para o seu paciente, de acordo com seu saber e experiência e com liberdade para decidir de maneira a prestar alívio a sua dor e conseguir a cura: ***sedare dolorem opus divinum est.***

Parabéns a todos que participaram desta obra.

Vale a pena ler!

José Hamilton Maciel Silva
Médico, psiquiatra e ex-professor de Ética Médica

ArtNer Editora Comunicação

CBL Câmara Brasileira do Livro
isbn 978-65-88562-30-7

CONFLITOS ÉTICOS NA PRÁTICA MÉDICA
CASOS CLÍNICOS

ORGANIZADORES: Déborah Pimentel · Rômullo Lameck Pereira de Figueiredo · Letícia Gabriella Aragão Lima Santos · Rebeca Feitosa Dória Alves · Jhonams Santos Cardoso

CONFLITOS ÉTICOS NA PRÁTICA MÉDICA

CASOS CLÍNICOS

ORGANIZADORES
Déborah Pimentel
Rômullo Lameck Pereira de Figueiredo
Letícia Gabriella Aragão Lima Santos
Rebeca Feitosa Dória Alves
Jhonams Santos Cardoso

Um claro e dignificante caminho

É compreensível que os médicos busquem, a partir de dificuldades que se apresentam na vivência clínica do seu dia a dia, soluções ancoradas nas melhores evidências científicas e em avanços tecnológicos, tão propalados e difundidos na atualidade, mas, invariavelmente, a prática mostra que nem sempre essas respostas são conseguidas. Daí decorre que o livro em tela, em boa hora lançado, venha ao encontro dos anseios de construir caminhos alicerçados na força da solidariedade, do amor e da fraternidade. Um médico que entenda que o inimigo não é a morte, e sim a indiferença, o abandono e a desatenção, já percorreu vitorioso boa parte do caminho.

A professora Déborah Pimentel e cols. aplanam esse caminho em Conflitos Éticos na Prática Médica: Casos Clínicos, tornando mais clara e dignificante essa complexa jornada da vida. Tê-la como atuante e dedicada companheira nas ações da nossa SOBRAMES e ver o seu envolvente compromisso com essas práticas humanísticas, tão bem ilustradas nas suas publicações anteriores, leva-nos a acreditar que esse é o caminho certo. Uma Medicina humanizada somente existe com profissionais humanizados.

Lúcio Antônio Prado Dias
Presidente da Sociedade Brasileira dos Médicos Escritores Regional Sergipe – Sobrames/SE
Membro da Comissão de Humanidades Médicas do Conselho Federal de Medicina

ORGANIZADORES
Déborah Pimentel
Rômullo Lameck Pereira de Figueiredo
Letícia Gabriella Aragão Lima Santos
Rebeca Feitosa Dória Alves
Jhonams Santos Cardoso

CONFLITOS ÉTICOS NA PRÁTICA MÉDICA

CASOS CLÍNICOS

Aracaju-SE
EDITORA ArtNer Comunicação
2021

© Copyright 2021 by Déborah Pimentel

Todos os direitos desta edição reservados aos autores. 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 dos autores, título da obra, edição e paginação. A violação dos direitos da autora (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Editoração
ArtNer Comunicação

Diagramação
Joselito Miranda

Capa
Roseilde Reis

Impressão
Infographics

Revisão de texto
Éverton Santos

Printed in Brazil / Impresso no Brasil

Pimentel, Déborah (org.); Figueiredo Rômullo Lameck Pereira de; Santos, Letícia Gabriella Aragão Lima; (org.); Alves. Rebeca Feitosa Dória (org.) e Cardoso, Jhonams Santos (org.)

P644c Conflitos éticos na prática médica: casos clínicos. / Déborah Pimentel (Org.) [Et al].
- Aracaju: ArtNer Comunicação, 2021.

244p.: il.
ISBN: 978-65-88562-30-7

1.Medicina 2. Saúde Pública 3. Ética Médica I – Título

CDU: 61 (813.7)

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

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

As condutas, assim como as doenças,
são contagiosas.
Francis Bacon

Não é o diploma médico, mas a
qualidade humana, o decisivo.
Carl Jung

Dedico este livro

a todos os meus alunos, fontes constantes de inspiração, preocupação e esperança de novas gerações pautadas no crescente rigor no que tange à técnica e à ética, sem nunca se afastarem de uma prática humanista.

Sumário

Sumário com palavras-chave 10

Colaboradores desta obra 17

Apresentação 19

Prefácio 23

Abortamento: um problema de saúde pública 25
Talles Antônio Coelho de Sousa
Marina de Pádua Nogueira

Abuso sexual de menor em tempos de pandemia 31
Patrick Joaner Lobo Triarca
Márcia Estela Lopes da Silva

Procedimentos simultâneos e a responsabilidade ética do anestesiologista 37
Beatriz Barreto Santos
Fabrício Dias Antunes

CID: usar ou não usar, eis a questão 41
Jhonams Santos Cardoso
Rosa Amélia Andrade Dantas

Internação involuntária em psiquiatria 52
Flávia Giovannonne de Godoy
Fellipe Matos de Melo Campos

Minha vida, minhas escolhas 62
Yasmin Cristina dos Santos Almeida
Maria Bernadete Galrão de Almeida Figueiredo

Recusa ao tratamento: conflitos na relação médico-paciente 70
Mattheus Anthonny Machado dos Santos
Fábio Santos Alves

Ortotanásia: autonomia médica e morte digna 76
Letícia Gabriella Aragão Lima Santos
Rívia Siqueira Amorim

Viver ou morrer: quem decide? 82
Mellyne Henriques Guerra
Bianca Figueiredo Barros

Câncer metastático: autonomia do médico e do paciente 91
Vinícius Antônio Santos Aragão
Ana Maria Fantinni Silva

Barriga solidária: limites bioéticos 98
Byanka Porto Fraga
Thaís Serafim Leite de Barros Silva

Compressa esquecida: o que fazer? 108
Rômullo Lameck Pereira de Figueiredo
Antônio Alves Júnior

Beneficência ou conflitos de interesse com clínicas 118
Gustavo Alves Aguiar
Larissa Marrocos Fonseca

Conflitos de interesse entre médicos e indústria farmacêutica 122
Patrick Joaner Lobo Triarca
Hesmoney Ramos de Santa Rosa

Testemunhas de Jeová e anemia falciforme 134
Letícia Gabriella Aragão Lima Santos
Rosana Cipolotti

Emissão de declaração de óbito: escolha ou obrigação? 142
Vinícius Antônio Santos Aragão
Gilberto Bezerra Ribeiro

Declaração de óbito: uma responsabilidade médica 147
Alexsandro Albuquerque dos Santos
Hyder Aragão de Melo

Manipulação genética: prevenir danos ou brincar de ser Deus? 156
Jenyfer da Costa Andrade
José Geraldo Dantas Bezerra

Violência obstétrica: crime recorrente 161
Rômullo Lameck Pereira de Figueiredo
Júlia Maria Gonçalves Dias

Direitos reprodutivos da mulher: direitos e entraves 170
Letícia Gabriella Aragão Lima Santos
Daniela Siqueira Prado

O aluno como prioridade no ensino médico 175
Vinícius Antônio Santos Aragão
Ângela Maria da Silva

Limites éticos da pesquisa científica em tempos de Covid-19 179
Patrick Joaner Lobo Triarca
João Batista Cavalcante Filho

Fertilização *post-mortem* e seus impedimentos 186
Byanka Porto Fraga
Elaine Cristina Santana Rodrigues

Iatrogenia em cirurgia: erro ou acidente? 195
Fernando Antônio Chagas Coelho
Ronald Bispo Barreto da Silva

Judicialização da saúde: a quem interessa? 200
Jhonams Santos Cardoso
Marcel Maia Montalvão

Violência contra criança 208
Rômullo Lameck Pereira de Figueiredo
Rilton Marcus Morais

Ética estética: beleza sem limites 214
Fernando Chagas Coelho
Filipe Ferreira Brasileiro

Ética médica, negócios à parte 221
Fernando Antônio Chagas Coelho
Pedro Dantas Oliveira

Transfobia na atenção básica: limite entre opinião e responsabilidade 225
Flávia Giovannonne de Godoy
Hortênsia Maia de Araújo

Sexualidade, contracepção e sigilo na consulta do adolescente 232
Rebeca Feitosa Dória Alves
Renata Tavares da Silva

À guisa de conclusão 240
Profa. Dra. Déborah Pimentel

Posfácio 243

Sumário com palavras-chave

Aborto
• Abortamento: um problema de saúde pública 25
Talles Antônio Coelho de Sousa
Marina de Pádua Nogueira

Abuso sexual
• Abuso sexual de menor em tempos de pandemia 31
Patrick Joaner Lobo Triarca
Márcia Estela Lopes da Silva

Anestesiologia
• Procedimentos simultâneos e a responsabilidade ética do anestesiologista 37
Beatriz Barreto Santos
Fabricio Dias Antunes

Atestado médico
• CID, usar ou não usar: eis a questão 41
Jhonams Santos Cardoso
Rosa Amélia Andrade Dantas

Autonomia
• Internação involuntária em Psiquiatria 52
Flávia Godoy
Fellipe Matos Melo Campos

• Minha vida, minhas escolhas 62
Yasmin Cristina dos Santos Almeida
Maria Bernadete Galrão de Almeida Figueiredo

• Recusa ao tratamento: conflitos na relação médico-paciente 70
Mattheus Anthonny Machado dos Santos
Fábio Santos Alves

Autonomia do médico
• Ortotanásia: autonomia médica e morte digna 76
Letícia Gabriella Aragão Lima Santos
Rívia Siqueira Amorim

• Viver ou morrer: quem decide? 82
Mellyne Henriques Guerra
Bianca Figueiredo Barros

Autonomia do paciente
• Câncer metastático: quem diz o melhor caminho, médico ou paciente? 91
Vinícius Aragão
Ana Maria Fantini Silva

Barriga solidária
• Barriga solidária: limites bioéticos 98
Byanka Porto Fraga
Thaís Serafim Leite de Barros Silva

Cirurgia
• Compressa esquecida: o que fazer? 108
Rômullo Lameck Pereira de Figueiredo
Antônio Alves Júnior

Classificação Internacional de Doenças
• CID, usar ou não usar: eis a questão 41
Jhonams Santos Cardoso
Rosa Amélia Andrade Dantas

Conflitos de interesse
• Beneficência ou conflito de interesse? 122
Gustavo Alves Aguiar
Larissa Marrocos Fonseca

• Conflitos de interesse entre médicos e a indústria farmacêutica 134
Patrick Joaner Lobo Triarca
João Batista Cavalcante Filho

Criança
• Crianças testemunhas de Jeová: posso transfundir? 134
Letícia Gabriella Aragão Lima Santos
Rosana Cipolotti

Cuidados paliativos
• Câncer metastático: quem diz o melhor caminho, médico ou paciente? 91
Vinícius Aragão
Ana Maria Fantini Silva

• Ortotanásia: autonomia médica e morte digna 76
Letícia Gabriella Aragão Lima Santos
Rívia Siqueira Amorim

• Viver ou morrer: quem decide? 82
Mellyne Henriques Guerra
Bianca Figueiredo Barros

Declaração de óbito

• Declaração de óbito: uma responsabilidade médica 142
Alexsandro Albuquerque dos Santos
Hyder Aragão de Melo

• Emissão de Declaração de Óbito: escolha ou obrigação? 147
Vinícius Aragão
Gilberto Bezerra Ribeiro

Defesa da criança

• Abuso sexual de menor em tempos de pandemia 31
Patrick Joaner Lobo Triarca
Márcia Estela Lopes da Silva

Diabetes

• Manipulação genética: prevenir danos ou brincar de ser Deus? 156
Jenyfer da Costa Andrade
José Geraldo Dantas Bezerra

Dignidade

• Violência obstétrica: crime recorrente 161
Rômullo Lameck Pereira de Figueiredo
Júlia Maria Gonçalves Dias

Direitos reprodutivos

• Direitos reprodutivos da mulher: avanços e entraves 170
Letícia Gabriella Aragão Lima Santos
Daniela Siqueira Prado

Ensino

• O aluno como prioridade no ensino médico 175
Vinícius Aragão
Ângela Maria da Silva

Erro médico
• Compressa esquecida: o que fazer? 108
Rômullo Lameck Pereira de Figueiredo
Antônio Alves Júnior

Ética em pesquisa
• Limites éticos da pesquisa científica em tempos de Covid-19 179
Patrick Joaner Lobo Triarca
Hesmoney Ramos de Santa Rosa

Fertilização
• Barriga solidária: limites bioéticos 98
Byanka Porto Fraga
Thaís Serafim Leite de Barros Silva

• Fertilização *post-mortem* e seus impedimentos 186
Byanka Porto Fraga
Elaine Cristina Santana Rodrigues

Iatrogenia
• Iatrogenia em cirurgia: erro ou acidente? 195
Fernando Antônio Chagas Coelho
Ronald Bispo Barreto da Silva

Indústria Farmacêutica
• Conflitos de interesse entre médicos e a indústria farmacêutica 122
Patrick Joaner Lobo Triarca
João Batista Cavalcante Filho

Integralidade
• Judicialização da saúde: a quem ela serve? 200
Jhonams Santos Cardoso
Marcel Maia Montalvão

Judicialização da saúde
• Judicialização da saúde: a quem ela serve? 200
Jhonams Santos Cardoso
Marcel Maia Montalvão

Mercantilização
• Beneficência ou conflito de interesse? 116
Gustavo Alves Aguiar
Larissa Marrocos Fonseca

Notificação
• Violência infantil: para além da medicina 208
Rômullo Lameck Pereira de Figueiredo
Rilton Marcus Morais

Prática de fins
• Ética estética: beleza sem limites 214
Fernando Antônio Chagas Coelho
Filipe Ferreira Brasileiro

Prescrição
• Limites éticos da pesquisa científica em tempos de Covid-19 179
Patrick Joaner Lobo Triarca
Hesmoney Ramos de Santa Rosa

Procedimento estético
• Ética estética: beleza sem limites 214
Fernando Antônio Chagas Coelho
Filipe Ferreira Brasileiro

• Ética médica, negócios à parte 221
Fernando Antônio Chagas Coelho
Pedro Dantas Oliveira

Propaganda médica
• Ética médica, negócios à parte 221
Fernando Antônio Chagas Coelho
Pedro Dantas Oliveira

Psiquiatria
• Internação involuntária em Psiquiatria 52
Flávia Godoy
Fellipe Matos Melo Campos

Recusa ao tratamento
• Recusa ao tratamento: conflitos na relação médico-paciente 70
Mattheus Anthonny Machado dos Santos
Fábio Santos Alves

Relação entre médicos
• O aluno ou o protegido: de quem é a preferência no ensino médico? 175
Vinícius Aragão
Ângela Maria da Silva

Reprodução assistida
• Fertilização *post-mortem* e seus impedimentos 186
Byanka Porto Fraga
Elaine Cristina Santana Rodrigues

Responsabilidade médica
• Declaração de óbito: uma responsabilidade médica 147
Alexsandro Albuquerque dos Santos
Hyder Aragão de Melo

• Direitos reprodutivos da mulher: avanços e entraves 170
Letícia Gabriella Aragão Lima Santos
Daniela Siqueira Prado

• Emissão de Declaração de Óbito: escolha ou obrigação? 142
Vinícius Aragão
Gilberto Bezerra Ribeiro

• Iatrogenia em cirurgia: erro ou acidente? 195
Fernando Antônio Chagas Coelho
Ronald Bispo Barreto da Silva

• Procedimentos simultâneos e a responsabilidade ética do anestesiologista 37
Beatriz Barreto Santos
Fabricio Dias Antunes

Saúde LGBTQ+
• Transfobia na atenção básica: limites entre opinião e responsabilidade 225
Flávia Godoy
Hortênsia Maia de Araújo

Saúde pública
• Abortamento: um problema de saúde pública 25
Talles Antônio Coelho de Sousa
Marina de Pádua Nogueira Menezes

Sexualidade
• Sexualidade, contracepção e sigilo na consulta do adolescente 232
Rebeca Feitosa Dória Alves
Renata Tavares da Silva

• Transfobia na atenção básica: limites entre opinião e responsabilidade 225
Flávia Godoy
Hortênsia Maia de Araújo

Sigilo médico
• Sexualidade, contracepção e sigilo na consulta do adolescente 232
Rebeca Feitosa Dória Alves
Renata Tavares da Silva

Terapia genética
• Manipulação genética: prevenir danos ou brincar de ser Deus? 156
Jenyfer da Costa Andrade
José Geraldo Dantas Bezerra

Testamento vital
• Minha vida, minhas escolhas 62
Yasmin Cristina dos Santos Almeida
Maria Bernadete Galrão de Almeida Figueiredo

Testemunhas de Jeová
• Crianças testemunhas de Jeová: posso transfundir 134
Letícia Gabriella Aragão Lima Santos
Rosana Cipolotti

Transfobia
• Transfobia na atenção básica: limites entre opinião e responsabilidade 225
Flávia Godoy
Hortênsia Maia de Araújo

Violência contra a mulher
• Violência obstétrica: crime recorrente 161
Rômullo Lameck Pereira de Figueiredo
Júlia Maria Gonçalves Dias

Violência infantil
• Violência infantil: para além da medicina 208
Rômullo Lameck Pereira de Figueiredo
Rilton Marcus Morais

Colaboradores desta obra

Ângela Maria da Silva
Alexsandro Albuquerque dos Santos
Ana Maria Fantini Silva
Antônio Alves Júnior
Beatriz Barreto Santos
Bianca Figueiredo Barros
Byanka Porto Fraga
Daniela Siqueira Prado
Déborah Pimentel
Elaine Cristina Santana Rodrigues
Fábio Santos Alves
Fabricio Dias Antunes
Fellipe Matos Melo Campos
Fernando Antônio Chagas Coelho
Filipe Ferreira Brasileiro
Flávia Giovannone de Godoy
Gilberto Bezerra Ribeiro
Gustavo Alves Aguiar
Henrique Batista e Silva (aba do livro)
Hesmoney Ramos de Santa Rosa
Hortênsia Maia de Araújo
Hyder Aragão de Melo
Jilvan Pinto Monteiro (prefácio)
Jenyfer da Costa Andrade
Jhonams Santos Cardoso
João Batista Cavalcante Filho
José Geraldo Dantas Bezerra
José Hamilton Maciel Silva (contracapa)
Júlia Maria Gonçalves Dias
Larissa Marrocos Fonseca
Letícia Gabriella Aragão Lima Santos
Lúcio Prado Dias (aba do livro)
Marcel Maia Montalvão
Márcia Estela Lopes da Silva
Maria Bernadete Galrão de Almeida Figueiredo
Marina de Pádua Nogueira
Mattheus Anthonny Machado dos Santos
Mellyne Henriques Guerra
Patrick Joaner Lobo Triarca
Pedro Dantas Oliveira
Rebeca Feitosa Dória Alves
Renata Tavares da Silva
Rilton Marcus Morais
Rívia Siqueira Amorim
Roberto César Pereira do Prado (posfácio)
Rômullo Lameck Pereira de Figueiredo
Ronald Bispo Barreto da Silva
Rosa Amélia Andrade Dantas
Rosana Cipolotti
Talles Antônio Coelho de Sousa
Thaís Serafim Leite de Barros Silva
Vinícius Antônio Santos Aragão
Yasmin Cristina dos Santos Almeida

Apresentação

Sempre ensinei, sempre fui professora, sempre amei sala de aula. Entretanto, só me senti motivada e estimulada a fazer o meu Mestrado, em um encontro casual dentro da Sociedade Médica de Sergipe, graças a um velho conhecido dos tempos de universidade que preparava, na condição de chefe, a primeira turma do Núcleo de Pós-Graduação da Universidade Federal de Sergipe – UFS, o prof. Ricardo Gurgel. Este generosamente colocou um anjo na minha vida, a Profa. Dra. Maria Jésia Vieira. Fizemos uma parceria no Mestrado, no Doutorado, na amizade fraterna e genuína que daí surgiu, nos amigos em comum, nas muitas risadas, nas festas, nas viagens e para toda a vida.

Em 2005, cheguei à Universidade Federal de Sergipe para lecionar levada pelas mãos de dois grandes e marcantes mestres. Um deles era o meu amigo e querido confrade da Academia Sergipana de Medicina, o prof. José Hamilton Maciel Silva. Este havia sido meu professor de Medicina legal e deontologia na UFS, e eu o conhecia desde menina, quando vivi na República de Pão de Açúcar, em Alagoas, pois ele trabalhava com a minha mãe, a enfermeira Elena Pimentel, na Fundação SESP, hoje chamada Fundação Nacional de Saúde – Funasa. Foi o prof. Hamilton que, ao se aposentar, deixou uma vaga no curso de Medicina para lecionar a sua disciplina e insistia comigo que poderia ser uma grande experiência o ensino acadêmico. O outro maravilhoso mestre que me estimulou para que eu chegasse à UFS foi meu querido amigo prof. Antônio Carvalho da Paixão, também meu professor na graduação e na pós-graduação, que, naquela ocasião, era o chefe do Departamento de Medicina da UFS. Aproveito para renovar a esses dois professores, reservas éticas da nossa Universidade, o meu pleito de gratidão pelo acolhimento e estímulo à cátedra.

Essa cadeira na UFS foi fundada pelo psiquiatra prof. Garcia Moreno, sendo sucedido pelo prof. José Hamilton Maciel Silva, a nossa maior referência em Psiquiatria no estado de Sergipe há quatro décadas, e, quando este se aposentou, eu, que também labuto na saúde mental, o substituí na disciplina Medicina legal e deontologia. Muito honroso para mim.

Fiquei dois anos como professora substituta e depois como professora voluntária daquela disciplina, quando finalmente foi realizado um concurso e fomos efetivados, eu e o colega prof. Gilberto Bezerra Ribeiro, que, tal qual o confrade paraibano Genival Veloso de França, autor dos textos que aqui adotamos, é médico e advogado. Somos uma dupla muito harmônica.

Paralelamente a isso, na Universidade Tiradentes – UNIT surgiu o curso de Medicina, e eu tive a honra de fazer parte do primeiro time de professores treinados para o método de ensino-aprendizagem baseado em problemas e assumi, com o querido amigo-irmão Prof. Dr. Ricardo Barreto, a disciplina Habilidades de comunicação.

Inspirados pela experiência positiva na UNIT, criamos na UFS mais uma disciplina que envolve a deontologia: Ética médica, bioética e habilidades de comunicação, no primeiro período, e passamos simultaneamente a colaborar com o internato com uma outra proposta: imprimir conhecimentos que fazem interface entre as duas disciplinas anteriores através de casos clínicos trazidos pelos próprios alunos e que tivessem no seu bojo, conflitos éticos a serem administrados por médicos assistentes.

Propusemos o desafio, e os estudantes, a maioria internos, quase médicos, aceitaram. Dos casos clínicos trazidos, alguns eram fictícios e outros, reais, e foram assegurados o anonimato e o sigilo profissional. Em sala de aula, foram discutidos exaustivamente em roda de conversa e agora publicados com a intenção de servir de eixo para novos alunos e estimular o desenvolvimento do pensamento crítico e de posturas humanistas frente aos conflitos éticos. Para completar esse time de bons autores, também foram convidados os meus alunos da UNIT.

Para dar brilho aos casos clínicos apresentados nesta obra, convidamos especialistas para comentá-los e acrescentar as suas próprias experiências diante de conflitos específicos expostos. Do internato à publicação desta obra, realizada pelos alunos em parceria com mestres convidados, foi um passo apenas. Entre alunos e convidados, temos 52 colaboradores.

A ideia deste livro é fomentar as habilidades de comunicação que favorecem as relações entre médicos e pacientes, e médicos e outros profissionais de saúde, frente aos principais dilemas éticos na prática profissional nas múltiplas especialidades e áreas de atuação; mas também promover o respeito à autonomia e às necessidades dos pacientes, além de equidade e acesso aos recursos em saúde.

Nossa missão é preparar o estudante de Medicina para o exercício profissional humanizado e de acordo com os códigos de ética médica, civil e penal, evitando a judicialização da Medicina, muitas vezes por falta de comunicação adequada e por banalizar os direitos, quer dos pacientes, quer dos médicos, e os deveres destes.

Este livro é um alerta para o mundo acadêmico sobre a importância das disciplinas Ética, bioética e habilidades de comunicação, Humanidades médicas, Medicina legal e deontologia; sobre a importância de um melhor preparo dos alunos e professores; e sobre o fato de que o ensino das competências técnicas e científicas esteja associado aos aspectos éticos discutidos em todas as disciplinas da formação acadêmica.

Agradeço a todos os meus alunos, que se dedicaram bastante e participaram com entusiasmo dessa empreitada, e aos profissionais médicos e professores convidados, que compraram a ideia e se juntaram a nós, emprestando nome, prestígio, crédito e notoriedade. Muito obrigada, vocês todos deram brilho a esta obra.

Fica um registro especial de carinho e gratidão a Rômullo Lameck Pereira de Figueiredo, que não esmoreceu, tomou, algumas vezes, para si o leme e deu um norte aos demais colegas do grupo, se fazendo presente e proativo em todas as etapas e facilitando, sobremaneira, a organização desta obra.

Parabéns, meus queridos alunos. Estou orgulhosa desse time de futuros médicos – alguns, quando da publicação, já graduados –, com a certeza de que serão muito mais que bons profissionais e técnicos, serão essencialmente éticos e elegantes nas suas ações e humanistas por excelência.

Profa. Dra. Déborah Pimentel

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

Professora das disciplinas: Ética, bioética e habilidades de comunicação; Medicina legal, perícia médica e deontologia; Internato de Medicina – UFS e Habilidades de comunicação (UNIT)

Prefácio

Foi com enorme satisfação que, estando Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe – Cremese, recebi o convite para prefaciar a obra organizada pela professora Déborah Pimentel, intitulada *Conflitos Éticos na Prática Médica: Casos Clínicos*.

Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe (1982), onde também concluiu Mestrado e Doutorado em Ciências da Saúde, a médica psicanalista Déborah Pimentel é imortal das Academias Sergipanas de Medicina e de Educação. É Professora Titular e Coordenadora do Módulo Habilidades de Comunicação do curso de Medicina da Universidade Tiradentes e Professora Associada das disciplinas Ética Médica e Habilidades de Comunicação e Medicina Legal, Deontologia e Perícia Médica no Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe.

Fruto de um trabalho coletivo, produzido em parceria com estudantes de Medicina em final de curso e com profissionais médicos sergipanos renomados, o livro em questão se destaca pela atualidade e pertinência dos temas abordados, unindo com notável perspicácia a teoria e a prática.

A partir da descrição detalhada de casos clínicos experienciados pelos próprios graduandos, relevantes aspectos relacionados à Ética Médica são discutidos para, logo em seguida, serem analisados por experts da área médica aos quais se ligam aquelas questões. Assim, ao término da leitura, tem-se a construção de uma valiosa orientação ética direcionada aos profissionais que atuam diuturnamente em segmentos hospitalares e ambulatoriais.

É importante destacar, ainda, os reflexos da obra no tocante ao esclarecimento das implicações jurídicas (possibilidades de responsabilização cível e criminal) decorrentes de atos antiéticos que causem danos aos pacientes assistidos e, até mesmo, às suas famílias.

Desejo, portanto, uma boa leitura a todos, ao tempo em que parabenizo a todos os seus autores, o que faço na pessoa da Dra. Déborah

Pimentel por mais este trabalho, o qual, decerto, contribui, de modo singular, para o engrandecimento da Medicina sergipana.

Jilvan Pinto Monteiro

Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe – Cremese
Especialista em Gastroenterologia – FBG
Especialista em Endoscopia digestiva – OBED
Pós-graduado em Terapia nutricional parenteral e enteral – GANEP

Abortamento: um problema de saúde pública

Talles Antônio Coelho de Sousa[1]
Marina de Pádua Nogueira[2]

Paciente jovem de 19 anos, sexo feminino, cursando o 1º ano do Ensino Médio, solteira, natural da zona rural da cidade de Estância-SE, G3P1A1 (sendo o parto cesariano), deu entrada na emergência de uma maternidade da capital com queixa de sangramento transvaginal moderado há 8 dias associado a dor pélvica intensa. Há duas semanas iniciou com cefaleia e comprometimento do estado geral. Três meses antes realizou exame laboratorial de beta-HCG positivo, e a paciente não soube informar a data de sua última menstruação.

A família relatou que, com a descoberta da gestação, a mulher solicitou ao médico da UBS – Unidade Básica de Saúde a interrupção da gravidez, citando o baixo nível de condições socioeconômicas para enfrentar uma gestação e cuidar de mais uma criança. O profissional, por sua vez, negou a colaboração. Após isso, a paciente não procurou a UBS para iniciar o pré-natal e passou por um processo intenso de depressão e tristeza profunda.

Ao exame físico, o médico da maternidade encontrou um corpo estranho no trato genital; somado a toda a análise do quadro clínico e aos exames complementares, ele concluiu o diagnóstico de aborto, certamente induzido. Assim, foram feitos todos os procedimentos necessários para o caso, com a curetagem, hidratação e prescrição das medicações para amenizar o quadro de dor. Por fim, o médico ficou em dúvida se denunciava ou não a adolescente. Tendo em vista o contexto social e em consideração ao

1 Acadêmico de Medicina na Universidade Tiradentes (UNIT).

2 Médica pela UFPB. Residência médica em Ginecologia/Obstetrícia realizada no Hospital Ipiranga (SUS-SP - FUNDAP). Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela FEBRASGO e em Ginecologia Oncológica pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo e pela Escola Paulista de Medicina - UNIFESP. Doutora em Ciências na Disciplina de Ginecologia Oncológica pela Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. Atualmente é médica responsável técnica da ginecologia da Rede Primavera. Professora dos cursos de Medicina da UFS e da UNIT.

sofrimento psicológico pelo qual a paciente estava passando, ele resolveu escrever no prontuário o diagnóstico de aborto espontâneo e não provocado, ignorando o real ocorrido e uma possível denúncia criminal.

> **Questões provocativas**
>
> O debate gira em torno de o feto ser ou não uma pessoa e, como tal, possuir direito à vida. Tendo esse direito, ele se sobrepõe ao da mãe em determinar o que fazer com o próprio corpo?
> Caso o médico da UBS tivesse atendido o pedido dessa jovem paciente, ele poderia ser condenado?
> A conduta do médico da maternidade foi eticamente adequada?

Discussão

A Pesquisa Nacional de Aborto revelou que 20% das mulheres alfabetizadas das zonas urbanas do Brasil, aos 40 anos, já realizou pelo menos um aborto. Esse dado não considerou as das zonas rurais, que apresentam condições sociais, educacionais e psicológicas menos favorecidas (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). A literatura demonstra que existem números de mortes desconhecidos nas mulheres que realizam aborto na zona rural, tendo em vista um estado de vulnerabilidade maior e as condições precárias que algumas regiões possuem; há discussões que registram as complicações do ato como causa da morte e não o aborto (CARVALHO, 2009).

Atualmente, é vedada no Brasil a prática do aborto consentido e/ou do autoaborto. O artigo 124 do Código Penal – CP prevê detenção de um a três anos para a mulher que provocar o aborto em si mesma ou fornecer o consentimento a outra pessoa para que o faça. A adolescente tem todos os direitos e garantias sobre o seu corpo, e as discussões em voga dizem que ela se torna responsável pela outra vida que carrega, não podendo violar/transgredir sobre o seu próprio corpo, acometendo, assim, a dignidade humana (FELIZARDO; MARTINS, 2019).

Nos debates do sistema jurídico brasileiro, não há concordância sobre a natureza em que ao feto é atribuída uma personalidade civil da pessoa. Existem três teorias: a primeira atribui a personalidade a partir do nascimento com vida; a segunda seria associada ao momento da concepção e, por fim, a terceira relaciona-se ao nascimento com vida e enfatiza os direitos ao nascituro (BARRETTO; LAUXEN, 2017).

O obstetra e pesquisador Marcelo Zugaib (2016) define o aborto como uma ruptura voluntária ou não da gestação antes de 140 dias de gravidez ou quando o peso fetal for inferior a 500g. Apesar de toda a proibição e das restrições por lei ao abortamento, isso não reduz a realização do aborto, e muitas mulheres acabam procurando abortamentos ilegais e inseguros (OMS, 2013).

Na perspectiva do pedido ao médico da UBS, caso ele aceitasse a solicitação da paciente em realizar a interrupção da gestação, de acordo com a legislação vigente, ele estaria cometendo um crime, com exceção das situações descritas no artigo 128 do Código Penal, a saber, para salvar a vida da gestante, em caso de estupro ou de feto anencefálico (BRASIL, 1940). Além disso, deve ocorrer um processo ético diante do Conselho Regional de Medicina, que tem o intuito de promover a disciplina diante da conduta profissional médica (UDELSMANN, 2002).

O Código de Ética Médica – CEM é um documento de caráter moral e ação administrativa que, em alguns casos, se torna um parâmetro judicial. Existem penas disciplinares que são aplicadas aos seus membros que vão desde a advertência à suspensão temporária do exercício da profissão. Haverá uma apuração a depender de cada caso em questão para avaliar a responsabilidade ético-disciplinar da conduta do médico (CFM, 2019).

No que se refere à conduta do atendimento na maternidade, é importante salientar que a relação entre médico e paciente é assegurada pelo sigilo profissional. As informações do prontuário (com exames clínicos e complementares) só podem ser utilizadas mediante a autorização da paciente. No Capítulo IX, artigo 73, do Código de Ética Médica (CFM, 2019, p. 35), afirma-se que é vedado ao médico *revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.* Nesse sentido, há uma incoerência entre a necessidade da denúncia via autoridade policial (já que o aborto é crime segundo o Código Penal) e a quebra do sigilo médico mediante a informação de um caso de abortamento, sendo passível de punição via Conselho Federal de Medicina.

Depreende-se, portanto, a importância sobre a discussão do aborto no Brasil. Os processos judiciais envolvem, muitas vezes, as condutas médicas diante de um caso de aborto que tem impacto maior nas mulheres pobres, que acabam recorrendo a métodos inseguros para interromper a gravidez. A partir da descoberta de um aborto provocado, existe ainda a necessidade

de um melhor esclarecimento a respeito de qual conduta o médico deve obter: a da denúncia ou a da preservação do sigilo médico. Por fim, salienta-se que, diante de um caso de aborto, o médico deve transmitir atitudes de cordialidade, sensibilidade e empatia, e, por sua vez, o Estado deve promover políticas públicas de prevenção e cuidado às mulheres da nossa sociedade.

Comentário do especialista

Deve-se salientar que o aborto é utilizado muitas vezes como método contraceptivo, por isso se tornou um problema de saúde pública. O planejamento familiar não ocorre de forma adequada, e as mulheres recorrem ao aborto para assegurar uma proteção ao ato sexual contra uma gestação indesejada.

Os governos municipais, estaduais e federal deveriam, nesse sentido, promover políticas públicas de prevenção, planejamento familiar e cuidado a todas as mulheres da sociedade, evitando a gravidez indesejada e prevenindo o abortamento provocado.

Cada vez mais, mulheres, em situações de desespero, submetem-se a procedimentos irregulares, clandestinos, colocando sua própria vida em risco. Ao tornar ilícito o aborto, é incentivada, de forma indireta, a buscar meios irresponsáveis e criminosos que se utilizam desse artifício para enriquecimento ilegal às custas do sofrimento alheio. Sabe-se que o abortamento é muito praticado, por meios diversos, pela própria mulher e por profissionais de saúde em condições inseguras, acarretando consequências à saúde e podendo, inclusive, levar à morte.

As repercussões na vida pessoal, familiar e social precisam ser analisadas e respeitadas, pois o abortamento leva a impactos físicos, mentais e reprodutivos, sejam eles definitivos ou não.

Pensando nessa situação, deparamo-nos com a dúvida da descriminalização do aborto. Atualmente, no Brasil, o aborto é permitido apenas em três casos, sendo eles: gravidez de risco à vida da gestante, gravidez resultante de violência sexual e anencefalia fetal – conforme o Supremo Tribunal Federal decidiu em 2012 (BRASIL, 2012). As regras no país são muito rígidas e discrepantes das dos países desenvolvidos, como Holanda e Canadá, onde o aborto é legalizado. Nessas nações, os números de abortamento não crescem, visto que existem alta qualidade de planejamento reprodutivo, redução de violência sexual e boa educação sexual.

Deve-se lembrar ainda que todas as pacientes que praticam o aborto, legal ou ilegalmente, devem ter sempre um bom atendimento, com acolhimento, empatia, ética, tratamento adequado a cada caso e sem julgamentos.

Estudo realizado no Brasil mostra que pacientes que procuram maternidades públicas após aborto provocado são vítimas de atendimento com discriminação explícita, palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas, fatos que resultam na estigmatização da mulher que aborta.

Quanto à prática médica de denúncia da paciente que é atendida em pronto-socorro, principalmente daquela que praticou aborto contra si mesma, a prática médica é bastante controversa. Apesar de legalmente haver a obrigatoriedade de denúncia, o profissional fica restrito à legislação ética do conselho de ética médica do Conselho Federal de Medicina – CFM, que dita atitude contrária.

Referências

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**, [S.l.], v. 33, n. 6, p. 33-34, 2017. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00071816.

BRASIL, República Federativa do. Legislação – PLANALTO. **Código Penal – Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br//ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Acórdão. **Arguição de descumprimento de preceito fundamental 54**. Distrito Federal. Brasília, 12 de abril de 2012. Disponível em: https://www.conjur.com.br/dl/acordao-interrupcao-gravidez-anencefalo.pdf. Acesso em: 16 mar. 2021.

CARVALHO, S. M. **Mulheres jovens e o processo de aborto clandestino:** uma abordagem sociológica. 2009. 174 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25481_FINAL_SIMONE_2.pdf. Acesso em: 17 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. 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 de 2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. p. 35.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/141381232017222.23812016.

FELIZARDO, M. V. R.; MARTINS, R. Aborto – Dignidade da Pessoa Humana e o Direito à Vida. 2019. **Âmbito Jurídico**. Disponível em: https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/aborto-dignidade-da-pessoa-humana-e-o-direito-a-vida/. Acesso em: 17 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS (Org.). **Abortamento seguro:** Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. Segunda edição. Biblioteca da OMS, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf?sequence=7. Acesso em: 17 jul. 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. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42302002000200039.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2016. p. 1246.

Abuso sexual de menor em tempos de pandemia

Patrick Joaner Lobo Triarca[1]
Márcia Estela Lopes da Silva[2]

Em meio à pandemia de Covid-19, num dia agitado em uma UBS de Aracaju, a equipe recebe uma garota de 10 anos, acompanhada da irmã de 19, preocupada com o quadro de depressão da criança, iniciado há 3 anos, mas com piora gradativa nos últimos meses. No atendimento médico, ela informa que a menina se apresenta inapetente, prostrada e pouco comunicativa. Receoso com os possíveis medos da paciente em relação à pandemia, o médico questiona o entendimento da garota sobre a situação atual, e ela segue calada. Perguntada sobre as relações familiares, diz que não quer falar. Troca olhares com a irmã mais velha e demonstra vontade de ir embora. O médico pede que antes converse em particular com a menina, mas a irmã cita que sabe aonde o profissional pretende chegar.

Afirma que a menor é vítima de abuso sexual pelo pai, desde pequena, ao que a garota nega. A irmã insiste na história e diz acreditar que a situação piorou com o isolamento domiciliar. O médico resolve sanar as dúvidas solicitando a vinda da mãe no dia seguinte. Ao chegar, na companhia da Assistente Social, a mãe toma ciência do relato da filha sobre a irmã mais nova. Diz que "não quer levar esse assunto adiante" e que "se filhos mais velhos souberem a verdade, matarão o pai".

Após argumentação da equipe, a mãe segue negando consentimento para notificação ao Conselho Tutelar, mas o médico a contraria, avisando-a da decisão tomada. Buscou-se leito para internação da criança com o

1 Médico pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

2 Médica pela UFSM. Pediatria pela UFSM. Especialista em Saúde da Família pela UFC. Foi pediatra e gerente técnica do Instituto de Prevenção à Desnutrição e à Excepcionalidade, IPREDE, onde pôde intervir na vida de inúmeras crianças em estado de vulnerabilidade. Especialista em Políticas Públicas e Contextos Educativos pela Faculdade Nossa Senhora de Lourdes. Mestre em Ciências da Saúde pela UFS. Professora Efetiva Auxiliar da UFS, coordenadora da disciplina Saúde da Criança 1 e do módulo de internato em Medicina de Saúde da Família e da Comunidade.

objetivo de reduzir a exposição à violência, bem como para recuperação nutricional, mas não foi encontrado disponível no estado. A adolescente retornou para casa à espera da vaga.

Questões provocativas

Para o médico, é ético conduzir denúncia de abuso sem comprovação de que a situação seja real?
Notificação com quebra de sigilo do adolescente e contra a vontade da mãe é uma conduta ética?
A liberação do paciente para o ambiente de risco, tanto no primeiro dia quanto no segundo, após a ausência de possibilidade de internação, foi uma atitude adequada?

Discussão

Durante a quarentena devido à Covid-19, os "lares" tornaram-se um local muito perigoso para as vítimas de violência doméstica porque elas precisam ficar o dia todo com os agressores e longe de pessoas que possam validar as experiências delas e lhes dar ajuda, como afirmam Mazza *et al.* (2020). Tampouco pode ser usada a ajuda dos avós, dado o convite para manter as pessoas idosas em casa e bem afastadas, conforme Cluver *et al.* (2020). Nesse contexto, os índices de violência sexual contra crianças e adolescentes aumentam à medida que suas vias de ajuda diminuem. O auxílio médico também é prejudicado por uma assistência menos eficaz por conta da alta demanda de casos de pacientes acometidos por síndromes gripais suspeitas de Covid-19.

Devido à falta de padrão claro dos sintomas físicos e psicossociais, o diagnóstico de abuso sexual na criança e no adolescente pode se tornar difícil. Como afirmam Vrolijk-Bosschaart *et al.* (2018), experiências traumáticas, como o abuso sexual infantil – CSA, podem causar sintomas psicossociais em crianças, tais quais problemas comportamentais, sintomas de estresse pós-traumático e depressivos. Isso pode ser resultado de um eixo hipotálamo-hipófise-adrenal – HPA desregulado (por exemplo, o caminho do estresse). Por sua vez, uma função desregulada do eixo HPA pode provocar sintomas como os descritos. Contudo, nesse contexto, o abuso sexual é apenas um dos possíveis diagnósticos, já que outras causas subjacentes podem levar ao mesmo padrão clínico, ainda que a agressão seja relatada.

No relato de caso, a não realização de exame físico, incluindo exame anogenital, limitou ainda mais sua avaliação diagnóstica. Todavia, mesmo com a dificuldade encontrada para a comprovação de abuso sexual infantil, em casos de **suspeitas bem embasadas** de maus-tratos, a opção por manter o sigilo em desfavor da denúncia poderá colocar o paciente em risco. O Conselho de Ética Médica (CFM, 2019) em seu artigo 25 diz que:

> É vedado ao médico deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Segundo Jagadeesh *et al.* (2017), as leis de denúncia obrigatória de abuso sexual existentes em diversos países, ainda que em conflito com a autonomia do paciente e com códigos de ética médica, se mostraram benéficas com o aumento do índice de casos investigados após implementação. Ainda que não se saiba se há benefício secundário com prevenção de danos para as vítimas, o aumento das intervenções já é algo positivo.

No Brasil, o Código de Ética Médica (CFM, 2019), em seu Capítulo I, item II, afirma que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional. Diz ainda, em seu artigo 74, que há exceção à quebra de segredo médico em casos como o relatado ao citar que:

> É vedado revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, **salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente** (grifo nosso).

A quebra de sigilo é amparada, ainda, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990), que, em seu artigo 13, descreve o seguinte:

> Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, **sem prejuízo de outras providências legais** (grifo nosso).

Dessa maneira, diferentemente da adversidade de outros países, no Brasil sequer há que se pensar em contraindicação do código de ética profissional, uma vez que ele ampara a atuação do médico na vigência desse dilema. Notificar maus-tratos deve ser conduta padrão e tem como alvo direto o bem-estar do paciente: sua beneficência.

Para a garantia desse estado, a atitude médica vai além da denúncia. Jenny e Crawford-Jakubiak (2013) sublinham a importância de abordar cinco questões sempre que surgir o suposto abuso: (1) a segurança da criança, (2) se reportar a serviços de proteção, (3) a saúde mental da criança, (4) a necessidade de exame físico, e (5) a necessidade de avaliação forense.

Dessa forma, conforme a questão primordial colocada por Jenny e Crawford-Jakubiak (2013), não era cabível deixar que a criança retornasse ao ambiente de risco. Segundo o ECA (BRASIL, 1990), em seu artigo 18, é dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de *qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor*.

Apesar de realizada a notificação oportuna ao Conselho Tutelar, a ação só ocorreu no segundo momento da condução do caso, bem como a busca pela minimização dos prejuízos ao paciente. Cabe ressaltar que havia outros mecanismos de proteção ao adolescente, ainda que não houvesse leitos de internação. Mesmo no contexto de pandemia, Organizações não Governamentais de proteção infantil de cada localidade devem ser consideradas como suporte para situações a exemplo da relatada.

Comentário do especialista

O acolhimento em atenção primária em saúde parte do princípio no qual as equipes não devem elaborar protocolos de condutas personalizados, mas sim instigar a construção conjunta de uma filosofia processual sobre as diversas ações concernentes ao seu dia a dia, como atores geradores de qualidade de vida às comunidades assistidas.

Diante do caso citado, toda uma mobilização interna e ética da equipe deve ser prioritariamente desencadeada, tendo em vista uma situação de violência sexual contra uma criança exposta verbalmente por um ente familiar, nesse caso a irmã mais velha, durante uma consulta médica.

De acordo com a estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes à Infância – AIDPI (BRASIL, 2017), o simples fato de um acompanhante

relatar espontaneamente que a criança é vítima de violência já caracteriza o caso como compatível com violência. A abordagem principal tem base no correto acolhimento a essa criança no serviço de saúde através de uma escuta qualificada inicial e do encaminhamento para as devidas vias legais, tais quais a notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN ou ao Conselho tutelar. Da mesma forma, faz-se necessária a pactuação em conjunto de um projeto terapêutico singular para a criança, seja referindo a um serviço de psicologia ou a uma rede de proteção social responsável pelo território.

Embora essa linha de cuidado deva ser seguida como um modo de proteção a esse ente vulnerável, é imprescindível que o olhar da equipe se molde à situação real de desequilíbrio psíquico de toda essa estrutura familiar. Esta, com certeza, não tornará fácil a tomada de decisões de forma tão lógica e coerente por parte da equipe, como se vislumbra com a negativa da mãe em não querer levar o assunto adiante.

É esse olhar ampliado, acolhedor e, ao mesmo tempo, técnico dessa equipe – não somente dos médicos, como também dos enfermeiros, agentes de saúde, assistentes sociais e todos os integrantes desse núcleo – que deve ser aprimorado para cada tomada de decisão. Isso porque essa criança aparentemente é a ponta do iceberg de uma estrutura familiar carente de atitudes muitas vezes mais rígidas a fim de transformar uma realidade trincada pela violência e pelo medo em uma estrada menos empedrada e mais fértil para a reconstrução de seres humanos mais dignos e saudáveis.

Eis a grande responsabilidade.

Referências

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019**. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [online]. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: https://portal.cfm. org.br/images/PDF/cem2019.pdf. Acesso em: 7 maio 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [online]. Disponível em: http:// www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/ l8069.htm. Acesso em: 7 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Aidpi Criança:** 2 meses a 5 anos. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. p. 234.

CLUVER, L.; LACHMAN, J. M.; SHERR, L. *et al.* Parenting in a time of Covid-19. **Lancet**, 2020 doi: 10.1016/s0140-6736(20)30736-4.

JENNY, C.; CRAWFORD-JAKUBIAK, J. E. Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. **Pediatrics**, v. 132, n. 2, p. e558-e567, 2013. doi:10.1542/peds.2013-1741.

MAZZA, M.; MARANO, G.; LAI, C. *et al.* Danger in danger: Interpersonal violence during Covid-19 quarantine [published online ahead of print, 2020 Apr 30]. **Psychiatry Res.**, 289, p. 113046, 2020. doi:10.1016/j.psychres.2020.113046.

JAGADEESH, N.; BHATE-DEOSTHALI, P.; REGE S. Ethical concerns related to mandatory reporting of sexual violence. **Indian J Med Ethics**, v. 2, n. 2, p. 116-120, 2017. doi:10.20529/ijme.2017.031.

VROLIJK-BOSSCHAART, T. F.; BRILLESLIJPER-KATER, S. N.; BENNINGA, M. A. *et al.* Clinical practice: recognizing child sexual abuse-what makes it so difficult?. **Eur J Pediatr.**, v. 177, n. 9, p. 1343-1350, 2018. doi:10.1007/s00431-018-3193-z.

Procedimentos simultâneos e a responsabilidade ética do anestesiologista

Beatriz Barreto Santos[1]
Fabrício Dias Antunes[2]

Paciente H.S.D., sexo feminino, 19 anos, natural e procedente de Aracaju-SE, decide realizar uma rinoplastia eletiva. Antes do procedimento, H.S.D. comparece ao consultório do médico anestesiologista para realizar a avaliação pré-anestésica – APA. Ao chegar à clínica, a paciente recebe a notícia de que a consulta será realizada pela enfermeira integrante da equipe. Pacientemente, nossa paciente responde às perguntas da enfermeira, que lhe entrega alguns pedidos de exame já prontos e carimbados pelo médico.

No dia da sua cirurgia, H.S.D. finalmente conhece o anestesista que irá acompanhá-la durante todo o procedimento. O médico verifica com ela as informações contidas em sua ficha de avaliação pré-anestésica. Ao fazê-lo, ele nota que o campo correspondente aos antecedentes ginecológicos não fora preenchido, porém, como a cirurgia já estava na iminência de acontecer, preferiu não aborrecer a paciente com mais perguntas. Disse que estava tudo certo e que, em breve, ela acordaria ao final do procedimento.

A cirurgia evoluía sem intercorrências quando o anestesista responsável foi chamado para realizar uma sedação na sala ao lado. Ele se certificou de que estava tudo bem com a paciente e pediu ao médico residente, que o acompanhava durante o procedimento, que assumisse a monitorização da paciente na sua ausência. Disse que, caso fosse necessário, ele deveria ser avisado e que estaria na sala vizinha. Durante a sedação, o médico anestesista foi chamado com urgência, pois o residente afirmava

1 Médica pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

2 Mestrado e doutorado em Ciências da Saúde, UFS. Professor Efetivo da disciplina Princípios da Técnica Operatória e Anestesiologia, UFS. Corresponsável CET Menino Jesus de Praga - UFS. Título Superior em Anestesiologia, SBA. Membro do Comitê de Anestesia Ambulatorial, SBA.

que a paciente se mexera na mesa de cirurgia. Ao chegar à sala, ele percebeu que o vaporizador estava vazio, fato que não havia sido notado pelo médico residente. Então ajustou o anestésico inalatório e, naturalmente, culpou o residente pelo ocorrido. Apesar disso, não houve outras intercorrências até o fim do procedimento.

No pós-operatório imediato, a paciente evoluiu bem e obteve alta hospitalar no dia seguinte. Disse que a cirurgia ocorrera como ela gostaria, pois havia dormido o tempo inteiro e só se lembrava de ter acordado no leito da enfermaria com o nariz que tanto idealizara. Já em casa, no 3º dia pós-operatório, H.S.D. apresentou sangramento vaginal em grande quantidade, o que a levou a procurar assistência médica de urgência. O médico plantonista a avaliou e disse que, infelizmente, ela sofrera um quadro de abortamento espontâneo e que seria necessário realizar uma curetagem uterina. Assustada, H.S.D. afirmou não saber que estava grávida e informou ao plantonista que, naquela semana, passara por uma cirurgia eletiva. Ela disse que nas consultas realizadas antes do procedimento não foi levantada a hipótese de gravidez e que, portanto, não havia sido alertada sobre o risco de abortamento. Disse que percebera o atraso menstrual, mas que não achava que esse fato era importante para a realização da cirurgia.

Questões provocativas

É possível que a avaliação pré-anestésica seja realizada por um outro profissional da equipe?

O médico residente pode ser responsabilizado pela intercorrência durante a cirurgia?

A solicitação de teste de gravidez para mulheres em idade fértil é obrigatória na APA?

Discussão

Já no início do caso nos deparamos com uma grave infração ética. Ao transferir o dever da avaliação pré-anestésica à enfermeira da equipe, o médico anestesista vai de encontro ao art. 2º do Código de Ética Médica – CEM, que diz ser vedado ao médico *delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica* (CFM, 2019). A avaliação apenas poderia ser feita por outro médico anestesiologista, já que é permitido que o anestesista que realiza o procedimento seja diferente daquele que fez a APA.

Antes de iniciar a cirurgia, percebe-se que, ao ignorar a ausência de informações importantes da avaliação (antecedentes ginecológicos), o médico também descumpre o previsto no art. 1º do CEM (CFM, 2019), pois se evidenciam atos de negligência e imprudência. Caso houvesse essas informações, seria possível verificar, por exemplo, o atraso menstrual, relações sexuais desprotegidas ou ausência de métodos contraceptivos e, assim, levantar a hipótese de gravidez e proceder a um teste laboratorial. Pode-se considerar, também, que o médico infringiu o artigo 32, que determina que é vedado ao médico *deixar de usar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.*

Durante o ato anestésico, é possível averiguar que houve séria violação aos deveres da profissão. A Resolução CFM no 2.174/2017, que dispõe sobre a prática do ato anestésico, traz, em seu art. 1º, inciso II, a seguinte determinação: *Para conduzir as anestesias 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. Além disso, o inciso IV desse mesmo artigo diz que é vedada a realização de anestesias simultâneas em pacientes distintos pelo mesmo profissional ao mesmo tempo.* Na situação apresentada, o médico anestesista desrespeita, portanto, as duas determinações do Conselho Federal de Medicina. 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 anestesiologista, já que este é o único profissional capaz de se responsabilizar pelo ato anestésico.

Sob o ponto de vista ético, o ato em questão demonstra infrações, também, relacionadas ao Código de Ética Médica (2019). No art. 1º, temos que é vedado ao médico causar dano ao paciente por ação ou omissão. Já o artigo 18 traz que o médico é impedido de *desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina*. Uma vez que o anestesista atribuiu a culpa ao residente, na tentativa de se eximir da sua responsabilidade, pode-se acrescentar, também, o art. 6º, que proíbe o profissional de *atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado*. Ainda que houvesse um residente em anestesiologia na sala, o CFM é claro ao dizer que a residência médica deve funcionar sob responsabilidade de instituições de saúde e sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

Comentário do especialista

Segundo o art. 1º, inciso I, c, da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, o médico anestesista que realizar a consulta pré-anestésica ou a avaliação pré-anestésica poderá não ser o mesmo que administrará a anestesia. Logo, o único que pode substituir o médico anestesiologista na avaliação pré-anestésica de um paciente é outro anestesiologista, sendo impeditivo que qualquer outro profissional da equipe seja responsável por esse tipo de consulta médica.

Segundo o mesmo artigo, dessa vez em seu inciso II, da mencionada Resolução (CFM, 2018), para conduzir as anestesias gerais ou regionais com segurança, o médico anestesista deve permanecer dentro da sala do procedimento, mantendo vigilância permanente e assistindo o paciente até o término do ato anestésico. Logo, o médico residente não pode ser responsabilizado pela intercorrência durante a cirurgia, uma vez que ele não é o médico anestesista responsável pelo caso, mesmo que ele esteja em processo de formação na área de anestesiologia.

A solicitação de teste de gravidez para mulheres em idade fértil não é obrigatória na avaliação, porém essas pacientes devem ser interrogadas sobre história menstrual a fim de excluir um diagnóstico de gravidez e, consequentemente, contraindicar um procedimento eletivo. Em pacientes com idade fértil e período menstrual muito irregular ou uso incorreto de anticoncepcional, é razoável solicitar teste de gravidez para descartar essa possibilidade. Essas orientações estão de acordo com as recomendações mais atualizadas da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (2020).

Referências

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **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: 20 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Constituição (2018). **Resolução nº 2.174/2017**, de 2018. D.O.U, 27 fev. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Código de Ética Médica**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA. **Recomendações**. Disponível em: https://www.sbahq.org/. Acesso em: 20 jun. 2020.

CID: usar ou não usar, eis a questão

Jhonams Santos Cardoso[1]
Rosa Amélia Andrade Dantas[2]

João (nome fictício), 27 anos, solteiro, estudante, residente em Aracaju. O paciente compareceu à Unidade Básica de Saúde com queixas de dor durante a relação sexual, prurido, vermelhidão e placas esbranquiçadas na glande. Paciente refere realizar atividades sexuais com sua parceira sem o uso de preservativos há aproximadamente dois anos. Ao exame físico, foram confirmadas a presença de placas esbranquiçadas e hiperemia na glande. A principal hipótese diagnóstica foi Candidíase peniana, e como conduta foi prescrito Fluconazol 150 mg por via oral para o casal.

Ao final da consulta, o paciente solicitou um atestado médico para abono de falta, solicitando que não fosse informado o motivo da consulta e perguntando se havia a possibilidade de não colocar a Classificação Internacional de Doença – CID no documento, visto que trabalhava em uma empresa pequena e tinha receio de os demais funcionários descobrirem que se encontrava com essa infecção.

Questões provocativas

O paciente pode requerer que não seja adicionado ao Atestado Médico o Código Internacional de Doenças – CID?
O empregador/empresa pode se recusar a aceitar Atestado Médico que não tenha o CID?
Essa infecção é passível de afastamento laboral?

1 Graduado em Farmácia pela Universidade Federal de Sergipe – UFS. Acadêmico de Medicina na Universidade Federal de Sergipe – UFS.

2 Médica, mestre, doutora, pós-doutora em Ciências Médico-Legais e Ético-Deontológicas. Professora Titular do Departamento de Medicina/UFS. Vice-Presidente da Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas. Presidente da Associação Médico Espírita de Sergipe. Autora de vários artigos e livros.

Discussão

É sempre um conflito para médicos e estudantes de Medicina ter de lidar com questões legais e éticas. O desinteresse por essa área pode estar associado ao pouco contato realizado durante a graduação ou mesmo ao perfil dos profissionais e/ou estudantes, que se encontram assoberbados com grandes conteúdos da área médica, restando-lhes pouco tempo para as reflexões éticas e legais.

Não obstante toda essa demanda, não há como viver em sociedade sem mergulhar nessa seara, haja vista que a frequente relação com o paciente e todo o sistema de saúde requer um mínimo de conhecimento ético e, por que não dizer, de conhecimento legal.

Faz-se mister, portanto, o conhecimento acerca da ordem legislativa brasileira. Nesse ponto, devemos ter como base a famosa Pirâmide de Kelsen (SUPERIOR, 2011), que ordena hierarquicamente o sistema legislativo brasileiro, sendo um excelente guia para iniciar o entendimento de como as normas nacionais funcionam. Ao observar a Figura 1, é notório que seu topo é preenchido pela Carta Magna, ou Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Com isso já temos a primeira inevitável conclusão: o conjunto normativo mais importante do país é a Constituição Federal. Ela é também o guia para as demais normas existentes no país, de modo que nenhuma norma pode ir de encontro ao seu conteúdo, sob pena de ser anulada através da arguição de sua inconstitucionalidade.

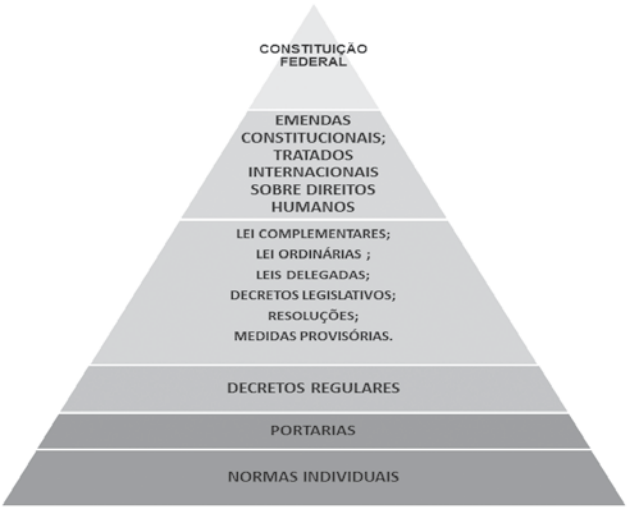

Figura 1. Pirâmide de Kelsen

A Carta Magna (BRASIL, 1988) traz inúmeras passagens absolutamente relevantes para o comportamento médico. Podemos destacar alguns artigos para melhor entendimento das bases legislativas, porém não se pode perder de vista que a lei maior do país se constitui leitura obrigatória de todo cidadão. A princípio, o mais importante artigo da Constituição Federal (BRASIL, 1988) é exatamente o artigo 1º, que versa sobre os fundamentos da República Federativa do Brasil, com maior destaque para seu inciso III. Vejamos o que preconiza esse inciso:

> Art. 1º. A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:
> [...]
> III - a dignidade da pessoa humana; (grifo nosso)

Ora, apesar de dignidade ser uma palavra cuja interpretação pode remeter a uma infinidade de situações, aos estudantes e profissionais fica clara a necessidade de busca de comportamento humano que objetive o cumprimento desse inciso.

Vale a pena também o destaque para todo o artigo 5º, que versa sobre os direitos e garantias fundamentais, além dos artigos 196 a 200, que versam sobre a saúde como obrigação do Estado e direito do cidadão. Vejamos o texto do artigo 196 na íntegra a seguir:

> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Na continuidade da pirâmide, logo abaixo da Constituição Federal, temos as emendas constitucionais e os tratados internacionais sobre direitos humanos, que têm efeitos similares aos artigos da própria Carta Magna, desde que, evidentemente, não contrariem o próprio texto constitucional.

No terceiro pilar da pirâmide, estão as normas mais conhecidas: leis complementares, leis ordinárias, leis delegadas, decretos legislativos, resoluções e medidas provisórias, respectivamente nessa ordem hierárquica.

O que explica essa necessidade de outras normas é o fato de que a Constituição Federal não conseguiria regulamentar todas as áreas com tamanha especificidade, como o fazem as leis, resoluções e medidas provisórias, por exemplo.

Nesse ponto, temos uma norma que está intimamente ligada à atividade médica: a resolução. O Conselho Federal de Medicina – CFM, autarquia federal que regulamenta a atividade médica, se utiliza das resoluções para tecer orientações de como se comportar diante das atividades e situações que surgem no dia a dia. Dentre as resoluções do CFM, vale destacar a Resolução no 2.217/2018 (BRASIL, 2018), que institui o Código de Ética Médica, ferramenta indispensável para o adequado comportamento do estudante/profissional médico. Com essa pirâmide em mente, o médico deve sempre realizar pesquisa de normativas para conduzir seus comportamentos e suas escolhas.

No entanto, antes de responder aos quesitos formulados, são necessários alguns esclarecimentos. Inicialmente, é importante esclarecer a diferença entre dois documentos: a declaração de comparecimento e o atestado médico.

Uma declaração de comparecimento é um documento administrativo, isto é, não vincula o direto de abono de falta ao trabalho, sendo esse direito atrelado às relações trabalhistas cuja pauta deve ser discutida entre empregado e empregador, fugindo ao alcance do médico a determinação referente a essa matéria. Esse documento pode ser emitido tanto pelo profissional médico quanto pelo setor administrativo do local onde é realizada a consulta (BRAGA; ERTLER; PEREIRA, 2018)

Por sua vez, o atestado médico é parte integrante do ato médico, portanto se trata de uma decisão médica a respeito dos cuidados clínicos, o que justifica o afastamento do paciente de suas atividades laborais. Em razão da fé pública atribuída ao médico, o referido documento tem validade jurídica imediata, vinculando o direito do empregado a ausentar-se do trabalho e, consequentemente, o dever do empregador de abonar a atestada ausência (BARBOSA, 2008).

Tendo como ferramenta o arcabouço jurídico, estamos aptos a responder aos questionamentos elencados junto ao caso do Sr. João.

O caso clínico anteriormente proposto traz um exemplo diuturno de conduta médica a ser observada e avaliada por parte do profissional. Atestados médicos são documentos formais emitidos por um profissional habilitado cuja fé pública não pode ser questionada, seja esse documento

oriundo de instituição pública ou privada (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008). Há, portanto, uma presunção de veracidade atrelada a esse documento.

É importante frisar que a quantidade de dias que devem ser indicados para o afastamento do trabalho é de responsabilidade do médico, que o faz baseado em seu conhecimento clínico, avaliando o quanto a doença interfere na capacidade laborativa, bem como o quanto a atividade exercida pode interferir no processo de recuperação da saúde do paciente (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013).

Nesse sentido, observando o caso em questão, é notório que se trata de uma infecção genital cujas causas não apresentam relação com situações ocupacionais, o que nos permite concluir que o afastamento das atividades de trabalho não aparenta ser uma escolha razoável (RIGHETTO *et al.*, 2014). Sendo assim, é recomendado que o profissional médico opte pela expedição de uma declaração de comparecimento, explicando ao paciente como se dá o tratamento e os motivos da recusa em emitir atestado médico para afastamento laboral. Ampliando o raciocínio, há situações em que o paciente efetivamente necessita se afastar do trabalho, e, na condição de agente social, o paciente pode exercer o seu direito de privacidade e intimidade assegurado pela Carta Magna (BRASIL, 1988), sobretudo no capítulo referente aos princípios fundamentais, no seu artigo 1º, inciso III, no tocante à dignidade da pessoa humana. Em outras palavras, é lícito ao trabalhador requerer que não seja revelado o motivo da consulta médica, uma vez que esse assunto está absolutamente conectado à sua relação médico-paciente e, *ipso facto*, obriga o médico à manutenção do sigilo (YAMAKI *et al.*, 2014), conforme determina o próprio Conselho Federal de Medicina acerca do sigilo médico (BRASIL, 2018).

Mantendo a linha do raciocínio deontológico, resta evidente que não é lícito ao empregador se recusar a aceitar o atestado médico em razão da ausência de CID. Para ajudar os profissionais médicos, o Conselho Federal de Medicina publicou as resoluções nº 1.658/2002 e nº 1.851/2008 esclarecendo como o profissional deve se portar e quais precauções devem ser tomadas para uma adequada utilização desse documento. Observemos no trecho transcrito a seguir a clareza quando o assunto é a informação do código diagnóstico:

> Art. 5º. Os médicos somente podem fornecer atestados com o diagnóstico codificado ou não quando por justa causa,

> exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.
> Parágrafo único
> No caso da solicitação de colocação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado (BRASIL, 2018).

Ora, se há resolução do CFM determinando que o médico deve adicionar o código diagnóstico ao atestado unicamente quando por justa causa, exercício de dever legal ou quando solicitado pelo paciente, há claramente a prerrogativa do paciente de não ter o seu diagnóstico revelado, mantendo, sobretudo a sua privacidade, intimidade e honra intactas.

Para corroborar as informações supramencionadas, podemos recorrer à própria Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, que, em seu artigo 143, alínea e, reafirma o direito de o empregado ter sua honra e boa fama ilibadas. Vejamos o artigo da CLT e sua alínea e:

> Art. 483. O empregado poderá considerar rescindido o contrato e pleitear a devida indenização quando:
> e) praticar o empregador ou seus prepostos, contra ele ou pessoas de sua família, ato lesivo da honra e boa fama (BRASIL, 1943).

Por fim, é absolutamente importante para os médicos e estudantes de Medicina que compreendam e se habituem a recorrer à legislação atual vigente como maneira de direcionar suas condutas e escolhas médicas sempre tendo como objetivos o respeito à dignidade da pessoa humana e o acolhimento ao paciente.

Comentário do especialista

O primeiro ponto de reflexão incide sobre os motivos das dificuldades de médicos e estudantes de Medicina em lidarem com questões legais e éticas. Concordo com a afirmação do autor de que, possivelmente, um dos motivos desse desinteresse está associado ao nosso modelo de ensino compartimentalizado, em que se estabeleceu que os assuntos técnicos e científicos da área médica estão dissociados da discussão ética e legal. Tais conteúdos são ministrados em disciplinas de forma isolada, não

existindo a prática das reflexões éticas e legais integrada às discussões técnicas e científicas das grandes áreas médicas: clínica, cirúrgica, ginecológica e obstétrica, pediátrica e de saúde coletiva, assim como nas especializações e áreas de atuação médica.

Não obstante sua vigência na prática de ensino, essa dissociação já deveria estar suplantada, visto que, no ordenamento legal do ensino médico no Brasil, as questões éticas estão contempladas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina em vigor, a Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação, que estabelece o seguinte:

> Art. 3º. O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Ao definir os conteúdos curriculares e o projeto pedagógico do curso de graduação em Medicina, a supracitada resolução define essa interação da técnica e da ciência com a ética e na legislação. Particularmente no Capítulo III, define que:

> Art. 23. Os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde, contemplando:
> II - Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.

Desde o século passado, a profissão médica tornou-se uma atividade regulamentada, o que significa que, além do conhecimento técnico-científico do ato médico, o exercício da medicina tem uma base ética e legal.

Em 30 de setembro de 1957, através da Lei nº 3.268, ainda em vigor, foram criados os Conselhos de Medicina e dadas outras providências. Em seu artigo 2º, fica estabelecido que o Conselho Federal de Medicina – CFM e os Conselhos Regionais de Medicina – CRM são os órgãos supervisores da ética profissional, bem como os julgadores e disciplinadores da classe médica. No art. 17, há ainda o estabelecimento de que os médicos só poderão exercer legalmente a medicina quando, além de concluírem a formação, procederam à sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob a jurisdição do local de sua atividade. Através de resoluções, o CFM e o CRM de cada estado publicam definições que regulam a atividade médica.

No decorrer desses 63 anos após a lei criadora do sistema conselhal, outras leis na área da saúde foram publicadas e passaram a ter interferência sobre o ato médico. Como já citado pelo autor, é relevante citar a Constituição de 1988 e as leis infraconstitucionais, dentre as quais se destaca a conhecida Lei do Ato Médico. Esta, também conhecida como a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, dispõe sobre o exercício da Medicina, como estabelecido no seu art. 1º. Portanto, fica evidente que qualquer ato médico precisa estar em consonância com essa lei.

Na atualidade, a Medicina passa por um intenso processo de judicialização. Muitos atos médicos são questionados do ponto de vista administrativo nos Conselhos Regionais de Medicina e do ponto de vista judicial no âmbito da Justiça Civil e Criminal. Muitos questionamentos desses se devem a não observância das leis e da regulamentação ética deontológica da profissão.

É evidente, como bem pontuado pelo autor, que não podemos viver em sociedade sem conhecer o ordenamento jurídico a que estamos subordinados e que, como médicos e estudantes de Medicina, é fundamental discutir os aspectos legais e ético-deontológicos como conhecimento integrante do ato médico.

Tendo isso em vista, mesmo nos casos em que o paciente não informa se quer ou não a colocação do CID no atestado médico, a concordância expressa do paciente é exigida para que conste no atestado médico tal informação. Tal anuência deverá ser feita através de assinatura por extenso, conforme seu documento de identificação. Além disso, o texto de concordância e a assinatura do paciente devem constar na mesma página em que foi informado o CID, não podendo a assinatura vir de forma isolada no verso do atestado.

A Resolução do CFM nº 2.183, de 21 de junho de 2018, dispõe de normas específicas para médicos que atendem ao trabalhador. Em seu art. 1º, § 5º, define que:

> 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.

A elaboração do relatório médico em muitos casos resolve a necessidade de informar ao médico do trabalho ou ao médico perito dados importantes sobre a patologia do paciente, para que se estabeleça adequadamente o afastamento da função que este desempenha.

O questionamento da veracidade de um atestado médico emitido na jurisdição do estado de Sergipe é orientado pela Resolução do Cremese nº 06/2015, que regulamenta os questionamentos e o procedimento de tramitação para apuração da veracidade de atestados médicos, assim como dá outras providências. Após gerar denúncia no Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe, instaurado o processo de sindicância ou mesmo ao longo do processo ético profissional, será solicitado o prontuário médico do paciente para se verificar todas as informações necessárias para a emissão do atestado médico.

Como já foi exposto adequadamente pelo autor, a legislação trabalhista garante que o empregador/empresa não pode se recusar a aceitar atestado médico que não contenha CID.

Independentemente da colocação do CID, a legislação previdenciária dispõe que, em caso de doença, o empregado poderá se afastar do emprego, sem prejuízo dos salários, por até 15 dias consecutivos, situação essa em que o empregador é obrigado a remunerar o empregado como se trabalhando estivesse, consoante o § 3º do art. 60 da Lei no 8.213/91. Após os 15 dias consecutivos, e não havendo possibilidade de retorno ao trabalho, o empregado será encaminhado ao INSS para ser beneficiário de auxílio-doença quando pericialmente constatada a incapacidade para o trabalho.

Essa mesma lei previdenciária estabelece no seu art. 60, § 4º, que:

> A empresa que dispuser de serviço médico, próprio ou em convênio, terá a seu cargo o exame médico e o abono das faltas correspondentes ao período referido no § 3º, somente devendo encaminhar o segurado à perícia médica da Previdência Social quando a incapacidade ultrapassar 15 (quinze) dias.

Os atestados médicos graciosos, que são emitidos por médicos, mas que dão ao paciente um tempo de afastamento maior do que ele efetivamente necessita, após avaliados por médicos do trabalho, por médico perito ou por junta médica, também podem ser objeto de denúncia junto aos Conselhos Regionais de Medicina para a verificação de veracidade.

Como bem explicitado pelo autor, no caso em tela, a patologia diagnosticada não apresenta relação com o trabalho. Quando se tratar de doença ou agravo à saúde que apresente comprometimento físico ou mental para realizar atos da vida diária; ou quando o agravo à saúde apresentado tem contraindicação à exposição a determinados agentes de risco presentes no ambiente de trabalho do paciente; ou outras condições de saúde nas quais o repouso seja necessário para a recuperação do estado de saúde, deve ser emitido atestado médico para afastamento do trabalho, devendo o médico definir o tempo médio de afastamento necessário à recuperação do paciente.

Acrescento que um dos pontos-chave para atingir a recomendação feita pelo autor é a adoção da prática pedagógica da interdisciplinaridade e, futuramente, da transdisciplinaridade na graduação em Medicina, integrando os conhecimentos técnicos e científicos da Medicina com os conhecimentos de legislação e os ético-deontológicos. Acredito ser esse o caminho para que o médico do futuro conceba seu ato médico como um conjunto integrado e indivisível de conhecimento técnico-científico da Medicina, legislação, ética e deontologia.

Referências

BARBOSA, H. D. F. **Atestado x declaração. qual a diferença?** n. 1997, 2008.

BRAGA, I. F. A.; ERTLER, L. Z.; PEREIRA, R. B. M. Understanding of tried cases at the Court of Justice of the State of São Paulo relative to issuing false medical certificates: Jurisprudence analysis. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 60-66, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 1 de jan. 2020.

BRASIL. Decreto-Lei 5.452 de 1º de maio de 1943. **Consolidação das Leis do trabalho**, Brasília,DF, Out. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm Acessado em de jan. 2020

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Resolução CFM no 2.217/2018. **Código de Ética Médica**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 27 set. 2018. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Atestado Médico Prática e Ética**. São Paulo: CREMESP, 2013. p. 152.

DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 2, p. 324-335, 2008.

DOS, L. *et al.* **Absenteeism in a private company**: assessment of impact and. s.d.

LEITE, F. B. D. C.; GUNTHER, L. E. A Relativização do Sigilo Profissional Médico. **Cadernos de Iniciação Científica**, p. 6-16, 2012.

RIGHETTO, R. C. *et al.* Comorbidities and co-infections in people living with HIV/AIDS. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 6, 2014.

SUPERIOR, E. O direito constitucional do trabalho: de 1934 até 1988. **Revista Complejus**, Natal: Queima-bucha, v. 1, n. 2, p. 83, 2011.

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.

Internação involuntária em psiquiatria

Flávia Giovannonne de Godoy[1]
Fellipe Matos de Melo Campos[2]

Claudia Raia, 23 anos, desempregada. Foi trazida à urgência psiquiátrica de um hospital geral pelo Corpo de Bombeiros. Foi retirada de um apartamento em chamas e se recusava a ser trazida ao hospital. Na entrevista com o psiquiatra de plantão, conta que saiu da casa dos pais há dois anos e foi morar nas ruas, onde foi apresentada às drogas e à prostituição. Há cerca de dois meses, mudou-se para a casa do namorado e diz ter sido resgatada por Deus e parou de usar drogas – fazia uso diário de heroína. Há uma semana seu namorado viajou e a deixou sozinha no apartamento. Diz que estava fazendo faxina e encontrou livros que ela desconhecia e acreditava serem propriedade do demônio [sic]. Para resolver, decidiu colocar fogo nos livros. A paciente perdeu o controle das chamas, que acabaram por se espalhar pelo apartamento. Escolheu trancar-se no quarto por acreditar que Deus a salvaria caso ela merecesse viver. Recusa receber medicamentos ou passar por qualquer tratamento, querendo a todo momento ir embora do hospital. O psiquiatra mostra-se preocupado com a integridade da autonomia da paciente. A assistência social consegue entrar em contato com a família, que diz que sua Claudia é usuária de drogas e solicita internação da paciente. O médico psiquiatra então interna a paciente para tratamento psiquiátrico específico na ala especial para tal no hospital geral em questão.

1 Médica pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

2 Psiquiatra pela Universidade Federal de Ciências de Porto Alegre. Psiquiatra da Infância e Adolescência pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Professor de Psiquiatria e Saúde Mental da UFS. Supervisor e Preceptor da Residência Médica de Psiquiatria da UFS. Preceptor e Coordenador da Residência Médica de Psiquiatria da Fundação Beneficência Hospital Cirurgia.

Questões provocativas
O médico agiu corretamente ao internar a paciente contra a vontade dela?
Até que ponto a autonomia do paciente deve reinar?
Quais as diferenças entre internação compulsória e internação involuntária?

Discussão

1. Sobre a ação do médico

Segundo o Código de Ética Médica (CFM, 2019), é vedado ao médico:

> Art. 1º. Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.
> Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Ainda no Código de Ética Médica (CFM, 2019), são citados os direitos humanos, sendo vedado ao médico:

> Art. 22. 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.
> Art. 24. 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.
> Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.
> Art. 31. 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.

Contudo, estamos falando de um paciente cuja possibilidade de autonomia sobre si mesmo está não apenas prejudicada, mas também já colocou em risco sua própria vida e também a de outros, precisando de ajuda. Assim, o médico deve assegurar os três princípios básicos, benevolência e não maleficência e garantir que o paciente consiga manter-se vivo.

Tendo isso em vista, a Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001, relacionada à reforma psiquiátrica, diz o seguinte:

> Art. 2º. Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.
> Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:
> [...]
> V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não, de sua hospitalização involuntária;
> 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.
> § 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.
> Art. 8º. A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.
> § 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.
> § 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Logo, percebe-se que existem regras claras que devem ser seguidas. Com o objetivo de atualizar a proposta para a situação atual, em 2019 uma

nova lei foi sancionada para pacientes com transtornos psiquiátricos e dependência de drogas, que diz:

> § 7º Todas as internações e altas de que trata esta Lei deverão ser informadas, em, no máximo, de 72 (setenta e duas) horas, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e a outros órgãos de fiscalização, por meio de sistema informatizado único, na forma do regulamento desta Lei.

Dessa forma, pode-se confirmar que o médico agiu corretamente ao internar a paciente em local adequado.

2. Autonomia do paciente

Como dito anteriormente, é necessário entender até que ponto a autonomia do paciente deve ser respeitada. Segundo a Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019:

> Art. 2º. A política de saúde mental deve se guiar pelos princípios dos direitos humanos conquistados e consensuados em convenções emanadas pela maioria absoluta das nações do planeta, e devidamente assinadas pelo Brasil, como padrão mais elevado do processo civilizatório humano, bem como pelas organizações filiadas às Nações Unidas, que orientam as diversas políticas públicas e sociais em suas áreas específicas, como a Organização Mundial da Saúde e Organização Panamericana da Saúde.
> § 4º Em eventuais situações que impeçam a plena decisão da(o) usuária(o), ou que envolvam crise severa ou risco para si ou para os(as) demais, os tratamentos sem consentimento prévio devem ser efetuados com todas as salvaguardas legais previstas nas leis, nas convenções internacionais e nas recomendações das organizações internacionais de direitos humanos.
> Art. 11. A percepção da crise associada a transtornos mentais e/ou ao uso problemático de drogas, bem como a avaliação da possibilidade de acolhimento ou internação, não devem se restringir às alterações psicopatológicas e ao processo natural de 'doença'.
> Parágrafo único. A situação de crise, expressa pelo novo modelo social de deficiência na Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015), deve ser contextualizada com a rede de

> apoio social do usuário, sua vulnerabilidade, e com os vínculos já construídos com a rede de serviços de saúde mental, saúde e assistência social.
> Art. 14. Em quadros que requeiram suporte de clínica médica, como aqueles envolvendo álcool e outras drogas, a internação deve ser realizada em leitos de hospitais gerais.
> Parágrafo único. [...] Estas internações devem ter curta duração, não produzindo institucionalização e preservando o vínculo de acompanhamento com a equipe de referência dos diversos tipos de CAPS.

É importante também reiterar o que é dito no art. 17 da Lei nº 10.216/2001:

> A internação involuntária constitui uma responsabilidade da(o) profissional médica(o), mas a Lei Brasileira de Inclusão aponta para uma avaliação por equipe multiprofissional.
> Parágrafo único: Dada a gravidade e excepcionalidade da internação involuntária, um mecanismo obrigatório para a salvaguarda de direitos é a comunicação ao Ministério Público em até 72h de sua ocorrência. O mesmo também devendo ser realizado caso a internação voluntária passe a ser involuntária ao longo do curso do internamento. O mesmo procedimento de comunicação deverá ser realizado quando a alta for efetivada.
> 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.

3. Tipos de internação

Falando um pouco mais sobre os tipos de internação, a mesma lei da reforma psiquiátrica diz o seguinte:

> 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;
> III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Então, pode-se afirmar que a internação referente ao caso da paciente relatado seria involuntária, pois foi realizada a partir de pedido de terceiros. É importante relembrar que a alta do paciente é dada pelo médico ou se for decisão dos familiares que indicaram a internação.

Comentário do especialista

Primeiramente, gostaria de pontuar que esse tipo de caso é um representante fiel da realidade pragmática de muitos dos nossos colegas nos plantões cotidianos, enfrentando esse e outros tantos dilemas éticos e morais em nome da "boa Medicina".

Objetivamente, ao citarmos sequencialmente os artigos que regem nossa conduta enquanto médicos, acabamos por reduzir substancialmente esse debate escrito de forma simplista, como em: "dá para internar e pronto. É só fazer seu trabalho direito e registrar na evolução para não dar problema".

Mas ainda nos faltam algumas laudas, e, convenhamos, o estado da arte não nos permite ser tão frios com um assunto tão angustiante, seja para os clínicos, para os gestores, para os familiares e, principalmente, para os pacientes.

Vamos pensar então de uma forma mais sistemática, subdividindo o caso em dois tópicos: "escolhas" da paciente e sua "autonomia". Analisaremos ainda os nossos paradigmas sobre autonomia e o desfecho: o médico de plantão interna a paciente.

Começando pelo primeiro ponto: poderíamos pensar que a autonomia, um conceito-chave dessa questão, não já fora tolhida pelo Corpo de Bombeiros ao remover uma cidadã, em suposto pleno exercício da sua fé, de dentro do seu próprio apartamento? Que corporação é essa que promete ajudar os cidadãos, mas os arranca de seus próprios lares por algo tão singelo quanto um descarte de livros? Obviamente já deu para notar um certo sarcasmo nesse trecho, mas é porque não paramos para pensar se os bombeiros, arriscando a própria vida, foram invasivos ou não. Não estamos debatendo sobre invasão de propriedade ou outro crime – muito pelo contrário, dá-nos um baita orgulho dessas pessoas tão corajosas. Porém, se exercitarmos a imaginação nesse caso, dá até para imaginar a paciente reclamando no pronto-socorro: "*vem esse bando de desocupados e me tiram*

da minha casa no meu momento de oração! Deus ia me salvar porque sou digna, e esses infiéis do demônio estragaram tudo!" Portanto, na perspectiva que imaginamos aqui, ela já estaria reclamando da perda de autonomia desde o início. Mas, obviamente, nossa discussão é acerca da conduta do médico.

O plantonista deve ter feito a avaliação clínica o mais completa possível, a anamnese psiquiátrica com maior enfoque e o exame do estado mental com o mesmo afinco. Independentemente do direcionamento religioso da paciente, que não é nossa pauta aqui, o médico percebeu um sinal cardinal na avaliação psiquiátrica: risco para si mesmo(a) ou para os demais. Quando uma atitude, mesmo que sustentada por argumentos religiosos, ou quaisquer outros, oferece iminência ou alto risco potencial à integridade do(a) paciente ou de outras pessoas, inclusive da própria equipe do plantão, nosso raciocínio deve voltar-se à base da nossa conduta: a segurança. Percebamos que ainda nem entramos em detalhes de hipótese diagnóstica ou afins, mas é porque, antes de qualquer coisa, primeiro a segurança. Imagino que o plantonista já tenha ficado com essa pulga atrás da orelha e já cogitaria até mesmo uma permanência mais prolongada no pronto-socorro a fim de que a psiquiatria avaliasse depois. Talvez nem tenha pensado em internação inicialmente, mas já demonstra o comprometimento de nosso colega com a proteção da paciente.

Ademais, essa paciente nos fornece, durante a anamnese, que não adere a nenhum tratamento psiquiátrico que já fora recomendado – mais de uma vez – e que, apesar de ter sido usuária de drogas, estaria em abstinência nos últimos tempos. Aqui nós temos um tempero apimentado na discussão da autonomia: "escolher" não fazer tratamento psiquiátrico, "escolher" usar drogas, ou não. Reitero que, ao observarmos as prerrogativas técnicas do nosso conselho de classe, temos a tranquilidade de optar pela conduta do colega se nossa avaliação for semelhante. Contudo, no caso dessa paciente, vamos empurrar Haloperidol goela abaixo? Ela não queria usar as nossas drogas, mas outras de sua escolha pessoal. Entendo que pareça mais confuso, mas, se usarmos como perspectiva o argumento acima, outras escolhas, como usar ou não a máscara durante uma suposta pandemia, também se justificariam por um argumento dito mais libertário. Nesse ponto tem-se a parte mais instigante: e quem falou que a declaração daquela pessoa ali é 100% escolha da paciente?

Como assim? A hipótese passou a ser possessão por uma entidade sobrenatural? Não.

Se o colega do plantão presumiu, pelo relato da paciente e por dados da família, que aquela estaria em suposto surto psicótico, eu concordaria com ele a princípio. Independentemente de o quadro psicótico ser secundário à intoxicação aguda por drogas, ou à síndrome de abstinência, ou por uma sequela do consumo crônico de drogas, ou até mesmo de a paciente ser portadora de um transtorno psicótico e, concomitantemente, usar drogas, nada disso nos faz diferença agora. O principal é entender o contexto do quadro sindrômico e o quanto isso se reflete nas decisões do indivíduo.

Aqui convido o(a) leitor(a) a imaginar da seguinte forma: quem escolheu estar dentro de um apartamento em chamas foi a paciente, ou seu "sintoma"? Será que, sem o quadro psicótico, a paciente manteria sua opinião e denunciaria o médico, ou se assombraria com o risco pelo qual passara?

Entendemos que o quadro psicótico é, por si só, a perda do elo que liga o indivíduo a componentes básicos da realidade do mundo, seja nos órgãos dos sentidos, seja nas interpretações que faz de fatos e pessoas, seja na própria identidade e, consequentemente, nas opiniões e escolhas. Se essa paciente perdeu o contato com a realidade, incluindo-se nesse sentido a compreensão do risco em atear fogo dentro de um apartamento, como podemos agora inferir que o elo se refez justamente apenas no momento de recusar o tratamento? O quadro psicótico, por si só, já extingue a possibilidade de escolha da paciente, que agora está presa a uma realidade em que não escolheu entrar, mas que talvez gostaria de sair dela.

Para deixar o argumento mais objetivo, uma analogia: sabemos que processos judiciais, como os de herança, por exemplo, podem cursar com avaliações forenses de sanidade mental a fim de confirmar ou não se a pessoa gozava de suas plenas faculdades mentais ao escrever um testamento. A forte suspeita de um transtorno psicótico no momento da escritura pode mudar todo um processo. Bom, se nesse contexto o diagnóstico pode mudar a suposta "escolha" de um indivíduo, por que então, na iminência de um incidente doméstico grave, estaríamos discutindo a suposta escolha dentro de um quadro psicótico vigente e diante dos nossos olhos? Se conceitos como imputabilidade e seus derivados estão direta ou indiretamente vinculados à sanidade mental – consequentemente, à capacidade de ponderação e escolha – de uma ré no momento de um suposto crime, inclusive poupando-a da necessidade de um debate sobre autonomia, por que, no momento da internação pelo risco agudo, nós o faríamos?

Para sintetizar, entendo que não poderíamos sequer começar a debater escolhas quando temos evidências de que o Sistema Nervoso Central – e a mente, por conseguinte – de uma paciente está em franco comprometimento do seu funcionamento nos momentos em que as atitudes e os discursos estão sendo avaliados.

Como essa trama se finaliza: o médico opta por internar a paciente. Diante do risco iminente a si mesma e aos demais condôminos, creio que nosso colega tenha optado pela opção mais segura, priorizando uma conduta de reduzir o risco de malefícios, em vez de buscar ativamente os benefícios, o oposto da sequência em nosso código de ética. Vale a pena inverter? Mas será que houve uma inversão?

A partir do momento em que se preza pela segurança, já se dá o benefício de um ambiente mais acolhedor e seguro à paciente, já se proporciona o benefício de combater o transtorno mental com profissionais qualificados, já se garante aos vizinhos do prédio o benefício de dormirem mais tranquilos naquela noite, ou de poderem ter a perspectiva de se reencontrarem com sua vizinha em breve, e não com uma paciente psicótica. Bom, trocadilhos à parte, entendo que podemos ratificar a conduta do colega, pois, ao prezar pela segurança da paciente, garantiu a possibilidade de tratamento e de, talvez no próximo plantão daqui a uns dias, se deparar com ela saindo de alta, junto com sua família, talvez não o reconhecendo, visto serem comuns lacunas mnêmicas durante surtos psicóticos, de cara, apenas se despedindo de forma polida e calma o suficiente para fazê-lo dar aquele sorrisinho no canto da boca e "ganhar o dia" simplesmente por saber que fez a coisa certa: cuidou da paciente quando nem ela podia fazê-lo.

Observação final: parece estupidamente óbvio, mas acho que ninguém deseja ser internado(a). A escolha viria da ponderação entre o desgaste em fazer tratamento e o risco ao não buscar tratamento. Mas comida de hospital é sempre ruim, e nenhum leito se compara à nossa cama.

Sigamos refletindo sempre.

Referências

BRASIL. **Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,Art. Acesso em: 13 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Código de Ética Médica.** Brasília: CFM, 2019. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/. Acesso em: 13 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019. **Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas.** Brasília: CFM, 2019.

SILVA, R. S. Psiquiatra e Paciente: autonomia e limites. **Saúde Jur.**, 13 de janeiro de 2015. Disponível em: https://saudejur.com.br/o-psiquiatra-e-o-seu-paciente-autonomia-e-limitacoes/ Acesso em: 13 fev. 2021.

Minha vida, minhas escolhas

Yasmin Cristina dos Santos Almeida[1]
Maria Bernadete Galrão de Almeida Figueiredo[2]

Paciente do sexo masculino, Raoni Xokó (nome fictício), 58 anos, indígena, Cacique da tribo Xokó, residente na cidade de Propriá-SE, procurou a UBS local depois de muita insistência da sua filha, apresentando como queixa principal uma dor de forte intensidade na perna direita há cerca de seis meses. Ao ser indagado pelo médico, notou-se também que havia outras queixas como: demora para começar e terminar de urinar, o que vem se tornando mais evidente nos últimos 12 meses, além de eventuais episódios de hematúria, considerados por ele normais e atribuídos à sua alimentação na tribo.

Em relação aos hábitos de vida, relatou que nos últimos 30 dias apresentou perda de apetite e fadiga, o que, somado à dor na perna, o incomodava durante a realização dos trabalhos agrícolas. Nega doenças prévias e cirurgias. Nega etilismo e faz uso de cigarro de palha. Informou que, quando doente, faz uso de plantas medicinais.

Ao exame físico, o senhor Raoni apresentava bom estado geral, lúcido e orientado no tempo e no espaço. Aspecto de desidratação moderada e face definhada. No exame neurológico, evidenciou sinal de Laségue positivo em membro inferior direito. Linfonodos palpáveis em região inguinal medindo aproximadamente duas polpas digitais. No toque retal, foi notada área endurecida em lobo esquerdo da próstata, com suspeita de extensão extraprostática.

---

1 Acadêmica de Medicina na Universidade Tiradentes – UNIT.

2 Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS (1985) e mestrado em Saúde e Ambiente pela Universidade Tiradentes (2016). Doutorado em andamento na Universidade Tiradentes. Atualmente é professora de Habilidades Cirúrgicas I e II do curso de Medicina da Universidade Tiradentes. Tem experiência na área de medicina, com ênfase em Cirurgia Plástica, atuando principalmente nos seguintes temas: técnica de sutura, incisão e nós, hiperidrose primária em crianças e adolescentes e qualidade de vida após simpatectomia toracoscópica.

O paciente foi referenciado para o Serviço de Urologia na capital, Aracaju, sob suspeita de câncer de próstata. Realizou biópsia e exames laboratoriais – ênfase no PSA de 18 g/dl. A biópsia transretal da próstata, por ultrassonografia e ressonância magnética, apontou adenocarcinoma acinar usual de próstata. Na cintilografia foi notado aumento de metabolismo em áreas do fêmur direito, evidenciando metástase óssea. Com o diagnóstico, foram explicados o tratamento e o esquema terapêutico, além dos possíveis efeitos colaterais do tratamento. O paciente recusou a intervenção, alegando não fazer uso de drogas químicas e decidiu que faria o tratamento na tribo com suas plantas e optando somente pelo acompanhamento do médico através de exames para avaliar sua melhora com o tratamento de cunho próprio. O especialista, preocupado, explanou todos os riscos de não iniciar o tratamento medicamentoso para o senhor Raoni Xokó, e mesmo assim o paciente manteve sua decisão. Antes de ir, Raoni expressou seu desejo, que foi registrado em seu prontuário médico, no qual continha as condutas referentes aos seus cuidados a partir de então, incluindo recusa de reanimação cardiorrespiratória, suporte artificial de vida, além de negação aos cuidados paliativos. Esse fato deixou o médico muito irritado, deixando claro que em momento algum cuidaria novamente do senhor Raoni. Passados seis meses, o paciente teve complicações e deu entrada na urgência do pronto atendimento, no qual o único médico plantonista era o urologista que outrora o tinha atendido, e ele negou atendimento.

> **Questões provocativas**
>
> O médico tem o direito de negar atendimento posterior ao paciente?
> O paciente tem total autonomia de decisão sobre seu tratamento e conduta sobre a terminalidade da vida?
> O que regem as Diretivas Antecipadas de Vontade no Brasil?

Comentário do especialista

Desde seu advento, sobretudo no mundo ocidental, a Medicina sempre foi pautada por moldes verticais nos quais o médico é o detentor de todo o conhecimento necessário para tutelar a saúde de todos. Sendo assim, enquanto o paciente era apenas coadjuvante no que se referia às decisões sobre a sua saúde ou até mesmo sobre a terminalidade de sua vida, o médico era o imperante sobre todas as decisões (MELO, 2019). A mutabilidade

atual sobre a relação médico-paciente converge para a busca da autonomia do paciente nas decisões que regem a vida, salvaguardado no Juramento de Hipócrates, que diz:

> Juro considerar os meus mestres igualmente a meus pais.
> Ensinar esta arte, generosamente, aos meus e aos seus filhos, considerando-os iguais a meus irmãos; bem como àqueles que se comprometerem a praticá-la, sujeitos a este juramento, e a nenhum outro em contrário.
> Aplicar o tratamento em benefício dos doentes de acordo com a minha capacidade e consciência, evitando-lhes qualquer malefício; mesmo sob injunção de quem quer que seja.
> Praticar, jamais, métodos que provoquem abortamento.
> Conservar a dignidade de minha vida e de minha arte.
> Entrar na intimidade dos doentes tão-só em seu benefício, sem corromper os costumes nem lhe causar ofensa ou danos.
> Guardar segredo do que quer que eu veja, ouça ou venha a conhecer no exercício da Medicina ou fora dele que não deva ser divulgado, considerando a discrição como um dever.
> Manter este compromisso até o limite das minhas forças.
> Se eu cumprir este juramento, e de forma alguma o violar, seja-me permitido desfrutar de minha vida e de minha arte, gozando, perenemente, fama e honra entre os homens.

É com essas palavras e esses juramentos que os estudantes de Medicina se tornam médicos e assumem a responsabilidade de zelar pelo bem-estar e pela saúde do paciente, respeitando sempre a autonomia deste. E é diante desse direito de autonomia do paciente que o artigo 24 do Código de Ética Médica – CEM, redigido em 2019 pelo Conselho Federal de Medicina, atesta que esse direito é soberano ao paciente, sendo mandatório ao médico assegurar tal desejo. O código ainda abre espaço para a ortotanásia – morte natural, sem intervenção da medicina, com evolução natural da doença, concedendo ao paciente morte serena. Portanto, diante da conjuntura atual, o senhor Xokó tem poder e autonomia acerca das decisões sobre a conduta de seu padecimento.

O CEM (CFM, 2019) diz que o médico deve buscar um melhor relacionamento com o paciente e garantir a este uma maior autonomia. Além disso, o artigo 31 do Capítulo V afirma que é *vedado ao médico 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, a exemplo do que ocorreu no caso do senhor Raoni Xokó, no qual o médico em questão desprezou veementemente o desejo e a decisão de seu paciente e com tamanha insensatez afirmou que negaria atendimento futuro ao enfermo em questão.

Com tais atitudes o médico infligiu mais um artigo do CEM – art. 33 – que profere vedação ao médico em deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência. Assim sendo, é substancial que o médico em questão respeite o desejo do paciente e jamais lhe negue atendimento, independentemente das opiniões pessoais que tenha.

Proveniente dos Estados Unidos e idealizado por Luis Kutner em 1969, o Testamento Vital salvaguarda o direito pessoal do paciente de não ser submetido a medidas desnecessárias e fúteis para manter a vida em situações terminais de saúde (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013). Em outros termos, reitera-se que, se capaz, o paciente pode deixar, por escrito, seu desejo de recusa ou consentimento diante de tratamentos quando há iminência de terminalidade da vida ou condição vegetativa e que essa vontade deve ser suprema à vontade de médicos e familiares, sendo corroborado por testemunhas, e, ao final, o documento será revelado aos interessados – cônjuge, advogado e médico do paciente –, salientando que a qualquer momento em vida o paciente pode invalidar tal decisão.

No Brasil, não há normatização legislativa sobre o tema, e isso põe em xeque o preceito da autonomia do paciente. Na conjuntura do Direito Civil constitucional, o ser humano é o foco da estrutura constitucional (PAVÃO; ESPOLADOR, 2019). Afinal, com esse objetivo foram incorporados ao direito civil os negócios biojurídicos, sendo que, de acordo com Meireles e Melo (2009), pioneiras no assunto, os negócios biojurídicos têm como propósito o corpo e o bem-estar do indivíduo, tornando-o protagonista sobre as decisões a seu respeito, e isso em contraposição ao artigo 111 do Código Civil (2016), o qual afirma que o silêncio é considerado consentimento em casos em que não é mandatório exprimir o desejo. Casos biojurídicos que lidam com pessoas, algumas vezes inábeis de expressar sua vontade, contrariam o direito de autonomia do paciente.

Como já dito, no Brasil não há regulamentação legislativa destinada ao Testamento Vital, chamado de Diretivas Antecipadas de Vontade – DAV,

tendo apenas, no âmbito jurídico, o enunciado 37 do Conselho Nacional de Justiça no ano de 2012, o qual afirma:

> As diretivas ou declarações antecipadas de vontade, que especificam os tratamentos médicos que o declarante deseja, ou não, se submeter quando incapacitado de se expressar autonomamente, devem ser feitas preferencialmente por escrito, por instrumento particular, com duas testemunhas, ou público, sem prejuízo de outras formas inequívocas de manifestação admitidas em direito.

Diante da necessidade de regulamentação sobre o assunto, o CFM promulgou a Resolução CFM nº 1.995/2012. De acordo com esse documento, as diretivas são:

> O 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).

Assim sendo, a Resolução presume que as DAV devem se fazer presentes sempre que o paciente em questão estiver inapto de comunicação, respeitando seu desejo e o registrando em prontuário. Por outro lado, o documento ratifica que, se não houver conhecimento sobre as DAV de determinado paciente e não havendo representante designado, o médico pode valer-se do Comitê de Bioética Médica do hospital, quando houver, da Junta de Ética Médica do Hospital, ou até mesmo do Conselho Regional e Federal de Medicina para julgar as medidas necessárias para determinados casos. Em outro âmbito, é legal desaceitar as diretrizes em casos como: episódios de urgência ou perigo iminente à vida do paciente nos quais não haja tempo para estar a par da diretiva sem comprometer a vida do paciente ou quando houver discordância ética.

Todo o debate acerca do tema tem como ponto comum a autonomia garantida do paciente. Nesse contexto e diante da necessidade de legislação acerca do tema, há atualmente no Senado Federal o Projeto de Lei no 149 de 2018, idealizado pelo Senador Lasier Martins, que vai em busca de uma determinação legal voltada às DAV que exalta a autonomia do paciente e a dignidade humana. Além de todo benefício legal, a lei, quando aprovada,

provocará discussões e assim difundirá para a sociedade maior discernimento acerca do tema.

Comentário do especialista

Sobre médicos, pacientes e prepotência

É impossível uma crítica sem julgamento. Por isso peço desculpas, preliminarmente, pelo julgamento antecipado, já exposto no título, a respeito do nosso colega médico do caso relatado. Vou criticar aqui a atitude e não o ser humano, pois, se fosse um personagem real, ele poderia estar passando por momentos pessoais difíceis ou mesmo cansado dessa nossa vida estressante, apesar de nenhuma razão justificar a atitude de não atender o paciente.

Ser médico não é uma profissão qualquer, sem desmerecer as outras. Mas, em algumas situações, o racional é subjugado pelo emocional, e o médico se esquece de que fazer um diagnóstico correto e aplicar o melhor tratamento é seu dever como profissional, e não um dom sobrenatural. E esse esquecimento leva muitos a uma arrogância totalmente desnecessária.

O médico tem o direito de recusar atender um paciente por motivos fortes (ressalvadas as situações de urgência e emergência, estando ele de plantão ou sendo ele o único médico presente na ocasião ou no lugar), mas, com certeza, recusar atender alguém porque não desiste de dirigir e controlar o processo de cura não é um motivo forte, é prepotência. E prepotência denota vaidade, que deve ser proscrita da conduta médica.

Tanto a prepotência quanto a arrogância nos fazem olhar o outro com superioridade, o que é um paradoxo em nossa profissão, pois nós lidamos com pessoas carentes, muitas vezes sem qualquer tipo de instrução. O relacionamento entre o médico e seu paciente ultrapassa o processo da cura, é uma função social. É fundamental que o médico conheça a realidade histórica e contextual do paciente, estabeleça um vínculo e não somente um contato passageiro, frio e pragmático que se limite ao enfoque sobre a doença, como se existisse uma fragmentação entre o órgão doente e o organismo restante. Se o médico não tiver pleno conhecimento das circunstâncias da vida do paciente e não as considerar importantes, jamais conseguirá compreender a incapacidade deste para reagir adequadamente ao tratamento, e vai acontecer o que ocorreu nesse caso.

Além disso, o médico tem de estar consciente de que o direito de recusar tratamento terapêutico é protegido pelo Código Civil, artigo 15, que

diz que *"ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica".* E o paciente da história assumiu, de forma livre e voluntária, a responsabilidade pela recusa aos procedimentos e ao tratamento recomendados pelo médico. Os direitos e garantias individuais e coletivos, conforme previstos no artigo 5º da Constituição Federal, têm extrema importância para a composição da identidade do cidadão; é a certificação de que a pessoa é possuidora de direitos inerentes à sua personalidade, do direito de defender o que lhe é próprio, ou seja, a sua integridade física, a sua integridade intelectual e a sua integridade moral.

O que faltou ao nosso colega foi compreender a condição humana do paciente, culturalmente condicionada, sem interposição de si próprio.

Referências

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. Juramento de Hipócrates. **Suplemento Cultural de janeiro de 2009 da Associação Paulista de Medicina**. São Paulo-SP, 6 de fevereiro de 2009. Disponível em: http://apm.org.br/imagens/Pdfs/suplementocultural/Suplemento_Janeiro2009.pdf. Acesso em: 24 fev. 2021.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 149 de 2018**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade sobre tratamentos de saúde. Brasília-DF, 3 abr. 2018. Disponível em: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132773. Acesso em: 15 ago. 2020.

CÓDIGO CIVIL E NORMAS CORRELATAS. **Código Civil.** Brasília: Coordenação de Edições Técnicas, Senado Federal, 7. ed., 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/521877#:~:text=Conte%C3%BAdo%20%3A%20Dispositivos%20constitucionais%20pertinente%20%2D%2D,10.406%2F2002%20%2D%2D%20Normas%20correlatas. Acesso em: 13 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução nº 1.995/2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 31 de agosto de 2012. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf. Acesso em: 16 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **O 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.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Enunciado nº 37 da Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, em 15 de maio de 2014, São Paulo-SP. Disponível em: http://saude.mppr.mp.br/pagina-874.html. Acesso em: 1 set. 2020.

DADALTO, L.; TUPINAMBÁS, U.; GRECO, D. B. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro, **Revista Bioética**, Brasília-DF, 2013.

MEIRELES, R.; MELO, V. **Autonomia privada e dignidade humana**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

MELO, J. N. **Diretivas Antecipadas de Vontade:** A Possibilidade de Inclusão do Testamento Vital no Ordenamento Jurídico Brasileiro, PUCRS, Porto Alegre-RS, 2019.

PAVÃO, J. C.; ESPOLADOR, R. C. R. T. **As Disposições Sobre Diretivas Antecipadas de Vontade no Brasil**. Revista do Direito Público, Londrina, v. 14, n. 2, p. 168-186, ago. 2019.

Recusa ao tratamento: conflitos na relação médico-paciente

Mattheus Anthonny Machado dos Santos[1]
Fábio Santos Alves[2]

Marcos Lima Silva (nome fictício), sexo masculino, 67 anos, natural e procedente de Aracaju-SE, diabético, hipertenso e tabagista (20 maços/ano), chega ao pronto-socorro queixando-se de dor torácica em opressão de início súbito, moderada a grande intensidade, que se iniciou há cerca de 4 horas e teve duração de 30 minutos. A dor teve irradiação para braço esquerdo e teve como sintomas associados náuseas e vômitos. Nega fatores de melhora e piora. Conta ainda que já sentiu tais sintomas antes, mas com duração de poucos minutos.

Ao exame: regular estado geral, corado, FC: 98, PA: 150x89mmHg, murmúrios vesiculares presentes e sem ruídos adventícios. 2 bulhas rítmicas normofonéticas, sem sopros. Realizou eletrocardiograma, o qual não mostrou alterações significativas e dosagens de troponina e CK-MB de 9 horas após o início da dor, com resultado dentro da normalidade.

Diante de tal quadro, o plantonista aventou a hipótese de Angina instável e programou o início de medidas para síndrome coronariana aguda sem supradesnível do segmento ST e internar o paciente em UTI para assim realizar cateterismo cardíaco. Ao ser informado da provável gravidade do quadro e das medidas a serem adotadas, o paciente se recusou a ficar internado e questionou a necessidade do procedimento invasivo.

1 Médico pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

2 Médico graduado pela Universidade Federal de Sergipe – UFS. Título de especialista por Residência Médica no Hospital Odilon Behrens em Belo Horizonte-MG. Docente da UFS – Departamento de Medicina de Lagarto – Campus Professor Antônio Garcia Filho – Lagarto-SE.

Questões provocativas

O médico pode abandonar um caso partindo da premissa de que o paciente recusou o procedimento indicado?
E se houvesse risco iminente de morte?

Discussão

A Medicina não é uma ciência exata e está sujeita a avaliações subjetivas, todavia sempre deve ser amparada por estudos clínicos. A decisão médica é passível de erros como qualquer outra área da ciência, mas com o agravante de ter como consequências danos muitas vezes irreparáveis à vida de outrem. Tomar uma decisão constitui um processo no qual se escolhe um caminho dentre vários possíveis. Além disso, temos os 4 pilares que norteiam a bioética médica em relação aos pacientes, quais sejam: os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (GOMES *et al.*, 2017).

Há no Código de Ética Médica – CEM pontos explícitos que discorrem acerca de tais questionamentos sobre a conduta médica. Por exemplo, o artigo 7º, o qual discorre:

> VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente (CFM, 2019).

Além disso, há vários outros artigos no CEM (CFM, 2019) que podem complementar a conduta no caso explicitado. O artigo 36, por exemplo, assinala:

> Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.
> § 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que o suceder.

> § 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou à sua família, o médico não o abandonará por este ter doença crônica ou incurável e continuará a assisti-lo e a propiciar-lhe os cuidados necessários, inclusive os paliativos.

Partindo desse princípio, o médico plantonista do caso clínico poderia, já que houve a recusa do paciente, delegar o atendimento a outro profissional, passando-lhe toda a situação clínica do paciente. Todo esse trâmite deve ser minuciosamente escrito em prontuário e se deve avisar à equipe hospitalar sobre a possível evasão do paciente para que ele assine os termos de responsabilidade por sua situação clínica. O paciente exerceu seu direito de autonomia, o qual lhe dá o direito de, sabendo de todas as suas opções com benefícios e malefícios, traçar o caminho que mais lhe for conveniente (MAGNO, 2018). Aplicar o princípio da autonomia é reconhecer e respeitar a vontade do outro, compreender seus valores, suas crenças e suas convicções. Só a ação com autonomia gera responsabilidade, e cada indivíduo deve ser ciente e responsável por sua própria vida, seu corpo e sua mente (MUÑOZ; FORTES, 1998).

Pela via legal não haveria dificuldade para resolução desse quadro, entretanto devemos nos ater à missão que foi dada aos profissionais da saúde, que é a de salvar vidas. Em situações de recusa às condutas médicas, o médico poderia acordar com o paciente e/ou a família para se chegar a um consenso em que o assistido pudesse ser favorecido. Na situação presente, poder-se-ia buscar tentar entender os medos e as inseguranças do paciente para assim se chegar a melhores alternativas (SOUZA, 2020).

Outro ponto que merece destaque para a discussão é o princípio da boa-fé que rege o médico:

> o princípio da confiança apresenta um componente de ética jurídica e outro elemento que visa a segurança no tráfego jurídico. Um e outro não se podem separar.
> O componente de ética jurídica repercute somente na medida em que a criação da aparência jurídica tenha de ser imputada àquele em cuja desvantagem se produz a proteção daquele em quem confiou. Entretanto, o componente ético-jurídico encontra-se em primeiro plano no princípio da boa-fé.

> Tal princípio consagra que uma confiança despertada de modo imputável deve ser mantida quando efetivamente nela se tenha acreditado. O suscitar da confiança será "imputável quando aquele que a suscita sabia ou deveria saber que o outro iria confiar".
>
> Inegavelmente, o princípio da confiança é fundamental para o bom desenvolvimento da relação médico-paciente. Havendo o rompimento dessa relação, torna-se insustentável a preservação da relação em moldes semelhantes antes estabelecidos (KARL LAREN *apud* SEBASTIÃO, 2016).

Com isso, mesmo o paciente em risco iminente de morte estando consciente e mentalmente capaz poderia exercer sua vontade de recusar determinado procedimento em detrimento de outro. Em tais casos, poder-se-ia tentar envolver a família e outros profissionais de saúde presentes no atendimento hospitalar, como psicólogos e assistentes sociais. Em se tratando de decisão irredutível, como já discutido, o princípio da autonomia deve prevalecer. Deve-se tentar conseguir uma ordem judicial, entretanto tal medida seria imprevisível.

Em uma situação hipotética em que o paciente chega ao pronto-socorro inconsciente e sem nenhuma especificação sobre algum procedimento que se negaria a receber, a equipe médica estaria autorizada a tentar as formas necessárias para resguardar a vida do enfermo.

Por fim, a decisão médica não é uma mera prática intuitiva. É de fundamental importância os profissionais estarem conscientes disso para assim conseguirem fazer uma autorreflexão acerca das condutas, conseguindo, dessa forma, ofertar um melhor serviço à sociedade. Outrossim, a educação da população é fundamental para que esteja apta – a população – a compartilhar decisões sobre seu tratamento sem estar ancorada em misticismos e achismos que destoam de toda a evolução científica da humanidade.

Comentário do especialista

É importante enfatizar que o termo abandonar não deve ser utilizado, pois passa a errônea ideia de falta de cuidado para com o paciente. No caso anteriormente descrito, o paciente foi acolhido, e, com base no seu quadro clínico, foram definidas condutas iniciais para o diagnóstico proposto de angina instável, sendo realizados exames de eletrocardiograma – ECG

e dosagem de marcadores de necrose miocárdica, tais quais troponina e CK-MB. Todos foram normais pelo período de 9 horas.

Diante desses achados, chegou-se a uma nova hipótese diagnóstica, dessa vez de uma síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do segmento ST no ECG, sendo proposta a conduta de internar o paciente em unidade de terapia intensiva – UTI para assim realizar cateterismo cardíaco. Dispondo de tal informação e com base na gravidade do caso, o paciente recusou a internação, além de questionar a necessidade do procedimento invasivo, o cateterismo.

O médico está diante, então, de um acontecimento que pode apresentar-se em alguns momentos ao longo do exercício de sua profissão. Surge, pois, o questionamento de como proceder a fim de dar continuidade à investigação diagnóstica e à conduta diante desse caso em que o paciente recusou o procedimento indicado.

O CEM (CFM, 2019) deve ser o guia das ações. Em alguns de seus artigos e capítulos, o Código faz referência a situações como essa, como, por exemplo, no artigo 31 do Capítulo V, no qual se diz ser vedado ao médico:

> 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.

No artigo 34 desse mesmo capítulo:

> 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.

Outros artigos, ainda do Capítulo V, dizem ser vedado ao médico abandonar paciente sob seus cuidados:

> § 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que o suceder.

> § 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou à sua família, o médico não o abandonará por este ter doença crônica ou incurável e continuará a assisti-lo e a propiciar-lhe os cuidados necessários, inclusive os paliativos.

Referências

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **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. Conselho Federal de Medicina. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

GOMES, A. M. A. *et al.* Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v. 22, n. 3, p. 1101-1119, 2017.

MAGNO, H. A. A responsabilidade civil do médico diante da autonomia do paciente. **Biodireito e bioética**: uma introdução crítica. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2018. p. 315-345.

MUÑOZ, D. R.; FORTES, P. A. C. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. **Iniciação à bioética**. Brasília-DF, Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-70.

SEBASTIÃO, J. **Responsabilidade médica civil, criminal e ética**: legislação positiva aplicável. Belo Horizonte: Del Rey, 2016

SOUZA, Yanne Viana *et al.* Percepção de pacientes sobre sua relação com médicos. **Revista Bioética**, v. 28, n. 2, 2020.

Ortotanásia: autonomia médica e morte digna

Letícia Gabriella Aragão Lima Santos[1]
Rívia Siqueira Amorim[2]

José Almeida de Farias, 87 anos, natural e procedente de Arauá-SE, aposentado, viúvo e pai de quatro filhos, encontra-se no vigésimo primeiro dia de internação hospitalar. Fora admitido em leito de enfermaria para investigação de uma disfagia progressiva, associada a perda ponderal e comprometimento do estado geral, sintomas para os quais foi selado o diagnóstico de adenocarcinoma de esôfago em estágio avançado, já com múltiplas metástases à distância. O paciente apresenta, ainda, déficits cognitivos importantes que comprometem tanto a comunicação quanto a tomada de decisões. Em conversa com o paciente e seus familiares, a equipe médica assistente prestou os devidos esclarecimentos e ressaltou a ausência de benefícios em modalidades terapêuticas de caráter intervencionista, tendo em vista se tratar de uma patologia grave, incurável e em estágio terminal. A família demonstrou aceitação ao posicionamento da equipe e não houve discordância em relação às próximas medidas a serem tomadas. No entanto, diante de uma piora do quadro clínico, os filhos exigiram intervenção agressiva com o objetivo de prolongar a vida do pai, sob a justificativa de que não estavam preparados para aquele desfecho. Alegaram ainda que, devido ao comprometimento das faculdades mentais de seu José, tinham o direito de tomar decisões em seu nome. Estabeleceu-se, então, um conflito entre o desejo dos familiares e a recusa dos médicos assistentes em abordar agressivamente o paciente.

1 Médica pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

2 Médica pela Universidade Federal de Sergipe. Residência em Clínica Médica pelo Hospital Universitário da UFS. Residência em Geriatria pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP USP. Doutora pela FMRP USP.

Questões provocativas

Há infração ética, por parte da equipe médica assistente, em não respeitar o desejo dos familiares?
Caso a equipe acatasse os anseios da família, haveria infração ética?

Discussão

Sabe-se que uma das grandes conquistas do avanço tecnológico, econômico e social é o aumento da expectativa de vida da população, o que traz consigo, quase que invariavelmente, uma maior incidência de multimorbidade e incapacidade (FREITAS *et al.*, 2011). No caso em questão, o paciente é portador de adenocarcinoma esofágico, uma neoplasia maligna, de prognóstico desfavorável, cuja incidência tem demonstrado ascensão nos últimos 30 anos, especialmente nos países do Ocidente. A doença, que é mais prevalente no sexo masculino, tem forte associação com a doença do refluxo gastroesofágico e a obesidade (COLEMAN; XIE; LAGERGREN, 2018), mas outros fatores como tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, dieta e até mesmo aspectos genéticos têm sido elencados como facilitadores de seu desenvolvimento (HUANG; YU, 2018).

Diante de condições como essa, frequentemente é prestada assistência inadequada, focada essencialmente na tentativa de cura, utilizando métodos invasivos e de alta tecnologia. Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes de tratar os sintomas mais prevalentes. Vale dizer que não se trata de defender uma postura contrária à tecnologia, mas de reconhecer a necessidade de equilibrar o conhecimento científico e o humanismo, na tentativa de resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz (MATSUMOTO, 2012). Emerge, dessa demanda, o cuidado paliativo, definido pela Organização Mundial da Saúde – OMS como uma abordagem que promove qualidade de vida a pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento.

Tendo em vista a natureza grave e não responsiva ao tratamento curativo da doença apresentada por seu José, fica claro que a conduta médica do caso em tela encontra na abordagem paliativa a melhor maneira de cuidar desse paciente e de seus familiares, proporcionando-lhes dignidade na terminalidade, na morte e no período de luto (MATSUMOTO, 2012).

Ainda que contrária ao desejo manifesto dos familiares, tal conduta encontra respaldo no Código de Ética Médica ao prever que:

> [...] 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.

Vale ressaltar que o mesmo documento reforça o caráter antiético da distanásia, entendida como o prolongamento artificial do processo de morte, que gera sofrimento ao doente e no qual não há perspectiva nem de cura nem de melhora, ao destacar que, *nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados* (LIMA, 2015).

Também em sua Resolução no 1.805/2006, o Conselho Federal de Medicina – CFM assegura que é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal, destacando que o doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, sendo assegurados a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Todo o debate acerca do tema sustenta a perspectiva da ortotanásia, que advoga a favor da ocorrência natural da morte quando esta é inevitável. Assim, quando a morte é compreendida como um processo natural e final da vida, a ortotanásia representa o respeito à morte digna, o que possibilita a humanização do processo de morte (LIMA, 2015).

Comentário do especialista

Constantemente, na prática médica, deparamo-nos com situações nas quais se faz necessária a tomada de decisões que envolvem valores e princípios e cujo intuito é manter a sobrevida e a qualidade de vida do paciente. Nesse contexto, e em se tratando de forma particular das doenças crônicas, progressivas e incuráveis, pode-se dispor das terapias modificadoras de

doença – TMD, que devem ser indicadas de forma concomitante às terapias paliativas a fim de reduzir a velocidade de progressão das doenças e priorizar conforto, controle impecável de sintomas e manutenção da dignidade de vida do paciente.

Para uma melhor e mais adequada decisão médica, a indicação de cuidados paliativos deve, então, basear-se em premissas técnicas – mediante o uso de ferramentas de avaliação descritas em literatura médica já conhecidas – e em desejos e vontades do paciente e de seus familiares. Deve haver consonância entre o ponto de vista clínico e a primazia pela ortotanásia, além de desenrolar em processo de decisão compartilhada. Nesse processo deliberativo, o médico assistente do paciente precisa utilizar-se de tecnologia dura quando proporcional ao estado clínico e funcional do paciente e, principalmente, de tecnologia leve com base na comunicação eficaz, clara, objetiva e empática. Uma comunicação efetiva é o principal instrumento nas decisões que envolvem terminalidade e processo ativo de morte. Além disso, o conhecimento da bioética norteia a prática profissional e possibilita a humanização do cuidado.

A bioética permeia a autonomia do paciente e do profissional. Segundo Abreu e Fortes (2014), o profissional deve ter respeitados o seu melhor julgamento e a objeção de consciência. O paciente, por sua vez, deve ser estimulado a manifestar suas preferências ou propor alternativas às propostas feitas pelo profissional, de modo que as preferências do paciente no contexto da ética clínica referem-se às escolhas do paciente em circunstâncias de decisões que envolvam sua saúde e os tratamentos, a partir de suas experiências, suas crenças e seus valores, e depois de analisar a recomendação médica (JONSEN; SIEGLER; WINSLADE, 2010).

Em casos de doenças crônicas e irreversíveis que perfazem a indicação de cuidados paliativos, um plano de cuidados proporcionais ao estágio da doença incurável deve ser estruturado com uso racional de recursos tecnológicos, alocação adequada do paciente, tratamento clínico com foco no controle sintomático e na qualidade e dignidade de vida e processo deliberativo complexo entre o profissional de saúde e o binômio paciente-família, no sentido de compartilhar o melhor planejamento de cuidados possível, a depender do estágio da doença (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Em situações em que surjam discordâncias entre a indicação médica de cuidados paliativos e o entendimento da família e a não aceitação do plano de cuidados avançados, a resolução do Conselho Federal de Medicina

– CFM no 1.995/2012, em seu artigo 2º, § 5º, discorre: *Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente* (CFM, 2012). De tal forma, mesmo com conferências familiares estruturadas e com coerentes explicações médicas sobre o plano de cuidado, os familiares poderão não concordar com a indicação de cuidados paliativos e, assim, se orienta que instituições superiores de regimento ético devem ser consultadas.

A tomada de decisão compartilhada entre equipe médica e pacientes ou familiares é, portanto, o modelo mais adequado na prática em saúde em casos que englobam dilemas éticos sobre vida e morte, utilizando-se da técnica profissional e dos valores do paciente. Em circunstâncias de conflitos éticos e quando a mediação destes por meio da comunicação não for possível, o médico poderá recorrer às entidades profissionais, a exemplo do CFM.

Referências

ABREU, C. B. B.; FORTES, P. A. C. Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. **Rev. Bioética**, v. 22, n. 2, p. 299-308, 2014

COLEMAN, H. G.; XIE, S. H.; LAGERGREN, J. The Epidemiology of Esophageal Adenocarcinoma. **Gastroenterology**, n. 154, v. 2, p. 390-405, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28780073/. Acesso em: 14 fev. 2021.

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

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Portal Médico, 2006. **Resolução CFM nº 1.805/2006**. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805. Acesso em: 23 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução CFM nº 1.995/201**2. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995. Acesso em: 14 fev. 2014.

FREITAS, E. V. *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3. ed. Grupo Editorial Nacional (GEN), 2011.

GONÇALVES, M. B. *et al.* Dilemas de ordem moral nas decisões médicas em cuidados paliativos. **Revista Iberoamericana de Bioética**, n. 11, 2019.

HUANG, F. L.; YU, S. J. Esophageal cancer: risk factors, genetic association, and treatment. **Asian J Surg.**, v. 41, n. 3, p. 210-215, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27986415/. Acesso em: 14 fev. 2021.

JONSEN, A. R.; SIEGLER, M.; WINSLADE, W. J. **Clinical ethics**: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine. 7. ed. New York: Mc-Grraw-Hill, 2010.

LIMA, C. A. S. Ortotonásia, cuidados paliativos e direitos humanos. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 13, n. 1, p. 14-17, 2015. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4762.pdf. Acesso em: 14 fev. 2021.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012.

Viver ou morrer: quem decide?

Mellyne Henriques Guerra[1]
Bianca Figueiredo Barros[2]

Lúcia Oliveira da Silva (nome fictício), 67 anos, sexo feminino, auxiliar administrativa, ex-tabagista, foi diagnosticada há três meses com neoplasia pulmonar do tipo carcinoma de grandes células. Em consulta com seu oncologista, a Sra. Lúcia referiu dores de forte intensidade na coluna e no quadril, além de dificuldade respiratória progressiva, motivo que levou a paciente a precisar ser internada. Com os resultados dos exames de imagem, foi possível identificar metástases no sistema nervoso central, nos ossos e no fígado.

Foi introduzido o esquema analgésico para controle da sua dor, além da quimioterapia que já havia começado. Após período prolongado em esquema de analgésicos com opioides, como a morfina, necessitando cada vez mais e em menor intervalo de tempo, a paciente referiu que os remédios não estavam mais contendo a sua dor, além de provocar efeitos indesejados, como tonturas, náuseas e vômitos. Frente a isso, a Sra. Lúcia pede ao seu médico para interromper a quimioterapia e que não utilize nenhuma medida terapêutica extraordinária caso precise. Seu esposo, no entanto, não concorda, pede para sua mulher não desistir e quer que os médicos façam de tudo para mantê-la viva, apesar de os seus filhos apoiarem a opção da mãe, a qual não voltou atrás na sua decisão.

O quadro da paciente começa a ficar instável e se agravar, piorando a dificuldade respiratória e, agora, com episódios convulsivos. Durante a

1 Acadêmica de Medicina na Universidade Tiradentes (UNIT).

2 Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe, é especialista em Clínica Médica pelo Hospital Santa Marcelina de São Paulo e em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG e pela Escola Paulista de Medicina da Unifesp. Possui certificação em Dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor – SBED. Além disso, é Secretária do Comitê Nacional de Dor no Idoso da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor – SBED e membro da comissão de Dor da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG. É também autora do livro *Guia Prático: Terapêutica da Dor no Idoso* e professora do curso de Medicina da Universidade Tiradentes de Sergipe.

madrugada, a paciente fez aspiração de vômito e sofreu insuficiência respiratória aguda. Progrediu com pneumonia não responsiva aos antibióticos, evoluindo para parada respiratória. Nesse momento, o médico não acionou a equipe para tentar a reanimação nem tentou alguma outra medida extraordinária, realizando a vontade de sua paciente. O marido de Lúcia, transtornado com a situação, começou a gritar chamando o médico de assassino.

Questões provocativas

O médico adquiriu conduta negligente?
O médico pode ser responsabilizado pela morte da paciente ao não adotar medidas extraordinárias, nem acionar a equipe para tentar uma reanimação?
A família deveria ter sido comunicada antes da decisão do médico ou este teria autonomia suficiente naquele momento?

Discussão

Com a evolução do conhecimento e da tecnologia, o aprimoramento na área da saúde voltado a conseguir vencer ou adiar a morte vem se magnificando. No entanto, o lado humanizado do que o paciente está sentindo e do quanto sofre à custa do prolongamento de sua vida e da sua vontade foi deixado de lado por muito tempo, inclusive nos pacientes em estado terminal. Focou-se tanto nas técnicas e em esquemas de tratamento de como aumentar o tempo de vida que muitas vezes se esquecem do mais importante: o paciente. O médico não só pode como deve associar seus conhecimentos científicos à compreensão da qualidade de vida e do querer do seu paciente nas decisões que toma.

No relato do caso descrito anteriormente, o médico agiu de maneira ética segundo a Resolução CFM no 2.217/2018, incisos XXI e XXII do Capítulo I, no qual se dispõe que:

> No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos

> e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados (CFM, 2018, p. 17).

Vale ressaltar que, desde 2006, o Conselho Federal de Medicina – CFM regulamentou a prática da ortotanásia, através da sua Resolução no 1.805/2006, na qual se assegura que *é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.* Porém, tal Resolução sofreu solicitação de suspensão liminar pelo Ministério Público Federal – MPF em 2007, requerendo sua ilegalidade sob o argumento de que o CFM não possuía poder para estabelecer como conduta ética um procedimento que é tipificado como crime, pois em seu entendimento a ortotanásia configura crime de homicídio eutanásico (MENEZES; VENTURA, 2013). No entanto, em 2010, o impedimento do MPF foi considerado improcedente pela 14ª Vara Federal e foi decidido que a interrupção do tratamento a pedido do doente em estado terminal não fere a Constituição Federal. As resoluções descritas acima objetivam a validação da prática da ortotanásia, conceituada como o não investimento de ações que visam postergar a morte de um indivíduo cuja doença continua avançando e acarretando a falência progressiva das funções vitais (SANCHES; SEIDL, 2013).

Dessa forma, a autonomia do médico do caso exposto é garantida pelo CFM e pela Constituição Federal para optar por respeitar a vontade da paciente e não prolongar seu sofrimento, visto que ela não tinha possibilidade de cura. Mesmo com um dos familiares contrários à decisão, prevalece a vontade da paciente, a qual expôs seu desejo ainda lúcida. Assim, não foi ilegal o médico não questionar o que o responsável queria diante de uma situação em que, se fosse para tomar alguma medida extraordinária, esta deveria ser feita de forma urgente e também sem consentimento de nenhum familiar.

Outra questão é se houve negligência médica, visto que, no art. 951 do Código Civil, a negligência faz parte das três modalidades de culpa, juntamente com a imprudência e a imperícia. A negligência médica se aplica quando o profissional que conhece as técnicas recomendáveis deixa de aplicá-las ao seu paciente (CRUZ; OLIVEIRA, 2013). Porém, ao praticar a ortotanásia, o profissional responsável avalia o prognóstico do paciente,

se preocupa com o que ele está sentindo, sua qualidade de vida, dignidade na morte e autonomia. Há também conversa franca sobre o fim da vida, entre o profissional e o paciente, e sobre as opções de tratamento possíveis, inclusive os paliativos. Todos esses feitos também são atos médicos e não devem ser subestimados, principalmente quando comparados a técnicas científicas. O médico não é sujeito apenas científico, uma vez que se dispõe a cuidar de um ser humano, o qual, além de suas condições de saúde, possui contexto social, psicológico, além de capacidade de pensar e de sentir.

Não há nexo de causalidade entre o ato do médico e a morte da paciente, pois não há possibilidade de reversão do quadro, apenas a possibilidade de prolongar a sua vida à custa de sofrimento e angústia, o que caracterizaria um tratamento fútil, dito distanásia, e que é uma infração ética ao Código de Ética Médica, considerada grave e passível de punição severa (CFM, 2019). Cruz e Oliveira (2013, p. 409) dizem que:

> A eticidade e a legalidade da prática da ortotanásia não se restringem ao adiantamento, ou não, da morte do paciente em fase terminal, mas se estendem à preservação da dignidade do indivíduo e do respeito à sua autonomia e sua declaração de vontade.

Conclui-se que o médico tem autonomia suficiente para atender uma diretiva antecipada de vontade da sua paciente, não havendo como responsabilizá-lo administrativa e civilmente por ter praticado a ortotanásia e por ter favorecido que a paciente tivesse dignidade e respeito diante da morte.

Comentário do especialista

A dor é o principal sintoma relacionado ao câncer, sendo um sintoma complexo e que afeta os aspectos físico, funcional, emocional e social do indivíduo. Aproximadamente um terço dos pacientes com neoplasia maligna apresenta dor no momento do diagnóstico, metade apresenta o sintoma em algum momento da doença e quase 90% na fase avançada, sendo que, nesses casos, cerca de dois terços dos pacientes classificam sua dor como moderada a intensa e cerca de 25% dos pacientes morrem com quadro de dor não compensado (SOUZA; SUBI, 2018).

À medida que o câncer avança e não há possibilidade curativa, os pacientes podem ter quadros álgicos do tipo nociceptivo, neuropático ou

misto. São diversas etiologias, seja por compressão direta do tumor, metástase óssea, procedimentos diagnósticos, tratamento quimioterápico e radioterápico e causas não relacionadas à neoplasia (ESPADA; MINSON, 2012).

Os pacientes com tratamento inadequado da dor podem apresentar descompensação em vários sistemas, como cardiovascular, pulmonar, renal, gastrointestinal, osteomuscular, bem como experimentarem alterações na coagulação e nas funções psíquicas, piora da imunidade, risco aumentado de infecção e expansão do tumor. Ainda é possível haver prejuízo na mobilidade e funcionalidade, risco de quedas, distúrbio do sono, internação prolongada, polifarmácia, aumento de demanda de serviços de saúde e dos custos (SANTOS; SOUZA, 2011). Essas repercussões têm impactos ainda mais devastadores em pacientes frágeis e imunocomprometidos, como os pacientes em tratamento antineoplásico, proporcionando má adesão e maior abandono ao tratamento.

Há um desconhecimento em relação ao tratamento da dor neoplásica devido ao conhecimento inadequado das modalidades de intervenção farmacológica, ao receio dos pacientes com os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos, às incertezas dos pacientes e familiares e ao despreparo dos médicos, assim como demais profissionais de saúde, em promover analgesia adequada (SILVA; MORAES; BERSANI, 2011).

O tratamento da dor no câncer engloba medidas medicamentosas e não medicamentosas, além de procedimentos minimamente invasivos. A OMS estabeleceu em 1986 alguns princípios para o tratamento da dor oncológica que podem ser reproduzidos na dor crônica de qualquer etiologia: por via oral ou transdérmica, se possível, permitindo ao paciente maior grau de independência e conforto; pelo relógio, prescrição de doses fixas que respeitem o tempo de ação de cada droga, permitindo alívio constante da dor; pela intensidade, guiando-se pela escada analgésica da OMS, porém considerando que atualmente há evidências para a possibilidade de flexibilização dela; para o indivíduo, levando em conta suas necessidades e permitindo o controle adequado da dor com efeitos adversos mínimos; com atenção aos detalhes, reavaliações frequentes, adequando o tratamento aos hábitos e às rotinas do paciente e prevenindo efeitos colaterais previsíveis com o tratamento utilizado.

O tratamento farmacológico em pacientes com câncer tem os opioides como padrão ouro, mas diversos estudos destacam que a terapia multimodal causa menos efeitos adversos. Portanto, não podemos nos esquecer das

medicações adjuvantes que devem ser prescritas associadas aos opioides fortes, a exemplo: antidepressivos, anticonvulsivantes, analgésicos simples, relaxantes musculares, bifosfonatos, toxina botulínica, benzodiazepínicos, neurolépticos e canabidiol. Devemos proporcionar analgesia adequada, assim como controle dos demais sintomas, propiciando alívio do sofrimento e melhora da funcionalidade e qualidade de vida do paciente, com o mínimo de reações adversas (BARCELLOS *et al.*, 2019).

O plano terapêutico deve ser individualizado de acordo com as características de cada paciente, e a relação médico-paciente-família é um dos pilares decisivos no manejo de qualquer comorbidade e na elaboração de estratégias de tratamento, assim como na tomada de decisões, principalmente se não houver a possibilidade de tratamento modificador.

A definição de cuidados paliativos proposta pela OMS entende essa abordagem como aquela que:

> [...] visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, e das suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais (WHO, 2002).

Os pacientes lúcidos em cuidados paliativos que assim desejarem devem manifestar suas vontades em relação a tratamentos, procedimentos, exames, internações, ventilação mecânica e drogas vasoativas na terminalidade da vida.

O entendimento dos cuidados paliativos proporciona aceitação da morte como o estágio final da vida: afirma a vida e não acelera nem adia a morte, focando na família para a tomada de decisões. Dentre os desafios em cuidados paliativos, destacamos o despreparo entre os profissionais de saúde desde a formação acadêmica, em que há foco no curar e no olhar sobre a morte como sendo resultante de uma falha nas condutas, de falta de empatia, de dificuldades na tomada de decisão, na comunicação com os familiares e no controle dos sintomas (BRAGA; QUEIROZ, 2013).

Em consonância com o tema, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia destaca a importância da discussão sobre Diretivas Antecipadas de Vontade – DAV entre os idosos. No Brasil, embora ainda não haja

legislação específica sobre esse assunto, o Conselho Federal de Medicina elaborou a Resolução no 1.995/2012, que dispõe sobre as DAV:

> Art. 1º. Definir diretivas antecipadas de vontade como o 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.
> Art. 2º. Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.
> § 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

As DAV constituem-se de documentos individuais, sendo, por isso, de muita importância o registro da vontade do paciente e a consciência de que não existe um modelo único e padronizado. Os pacientes devem expressar seus desejos, não sendo necessário documentar em cartório. Recomenda-se, no entanto, a existência de uma cópia de suas DAV em posse de sua equipe médica e outra com o procurador de saúde eleito e com as pessoas de sua família que o paciente considere válido conhecerem suas vontades. Entende-se que, através das DAV, o paciente pode manter sua autonomia, sendo um instrumento concreto no combate à distanásia e na busca da morte com dignidade (BERNACKI; BLOCK, 2014).

A distanásia é conceituada como uma morte difícil ou penosa, usada para indicar o prolongamento do processo da morte por meio de tratamento que apenas prolonga a vida biológica do paciente, sem qualidade de vida e sem dignidade (FELIX *et al.*, 2013), sendo essa prática de responsabilidade civil do médico (MARREIRO, 2013).

Em tempo, cabe ao médico manter o princípio da beneficência, o qual requer que sejam atendidos interesses importantes e legítimos dos indivíduos e que, na medida do possível, sejam evitados danos através da utilização de conhecimentos e habilidades técnicas para minimizar riscos e maximizar benefícios aos pacientes. Já a não maleficência estabelece que qualquer intervenção profissional deve evitar ou minimizar riscos e danos,

o que implica não fazer o mal, em qualquer hipótese (COSTA; SANTOS; YARID, 2016).

Referências

BARCELLOS, D. K.; BARROS, B. F.; THE, K. B.; SOUZA, P. M. R. **Tratamento da dor no câncer em geriatria**. Tratado de Dor Oncológica. [S.l.]: Editora Atheneu, 2019.

BERNACKI, R. E.; BLOCK, S. D. American College of Physicians High Value Care Task Force SO Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. **JAMA Intern Med**., n. 174, v. 12, p. 1994, 2014.

BRAGA, F. C.; QUEIROZ, E. Cuidados paliativos: o desafio das equipes de saúde. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 24, n. 3, sept./dec. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **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 de 2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. p. 17.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Portal Médico, 2006. **Resolução CFM nº 1.805/2006**. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805. Acesso em: 20 jul. 2020.

COSTA, R. S.; SANTOS, A. G. G. B.; YARID, S. D. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 170-177, jan./mar. 2016.

CRUZ, M.; OLIVEIRA, R. A Licitude Civil da Prática da Ortotanásia por Médico em Respeito à Vontade Livre do Paciente. **Revista Bioética** (Impr.), v. 21, n. 3, p. 405-411, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a04v21n3.pdf. Acesso em: 20 jul. 2020.

ESPADA, E. B.; MINSON, F. P. **Abordagem da dor no idoso com câncer**. [S.l]: Editora Manoe, 2012.

FELIX, Z. C. *et al.* Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, sept. 2013.

MARREIRO, C. L. Responsabilidade civil do médico na prática da distanásia. **Rev. Bioét**. (Impr.), v. 21, n. 2, p. 308-317, maio/ago. 2013.

MENEZES, R.; VENTURA, M. Ortotanásia, sofrimento e dignidade: entre valores morais, medicina e direito. **Rev. Bras.** Ci. Soc., São Paulo, v. 28, n. 81, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v28n81/13.pdf. Acesso em: 20 jul. 2020.

SANCHES, K.; SEIDL, E. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 44, jan./mar. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100003. Acesso em: 20 jul. 2020.

SANTOS, F. C.; SOUZA, P. M. R. **Força Tarefa na Dor em Idosos**. [S.l.]: Editora Moreira Jr, 2011.

SILVA, F. R. D. S.; MORAES, N. S.; BERSANI, A. L. F. **Abordagem da dor oncológica**. Força Tarefa em Idosos. [S.l.]: Editora Moreira, 2011.

SOUZA, P. M. R.; SUBI, K. R. R. **Manejo da Dor oncológica no Idoso. Terapêutica da Dor no Idoso** - Guia Prático. [S.l.]: Editora Atheneu, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Expert Committee. **Cancer, pain relief and palliative care**. Geneve, 2002.

Câncer metastático: autonomia do médico e do paciente

Vinícius Antônio Santos Aragão[1]
Ana Maria Fantinni Silva[2]

Em dia normal em um consultório de Ortopedia, J.V.O., de 80 anos, acompanhado de sua esposa, apresenta-se referindo importante dor lombar de início há 15 dias. Devido ao número de pacientes, não foi possível realizar o exame físico, mas, sem hesitar, o médico assistente solicita radiografias e ressonância magnética da coluna lombar a fim de esclarecer o diagnóstico. Após uma semana, o paciente retorna, e seus exames mostram lesões em vários corpos vertebrais de aspecto tumoral. De pronto, o ortopedista solicita vários exames de imagem à procura de um foco primário do tumor. Além disso, como o senhor J.V.O. não tinha plano de saúde, o ortopedista preparou orçamento cirúrgico e, ao lhe entregar, afirma que tem uma patologia que necessita de abordagem cirúrgica curativa de urgência, pois, sem esta, ficaria sem andar permanentemente. O paciente e sua esposa afirmam que irão pensar no caso, já que suas condições financeiras são limitadas. Apesar disso, a família consegue realizar os exames de imagem e uma consulta com uma oncologista. Esta, ao realizar anamnese e exame físico detalhado, com o auxílio dos exames, encontra o possível foco primário do tumor e informa que a cirurgia curativa não trará benefício algum para o prognóstico do paciente. Com tal informação, o casal decide não mais retornar ao ortopedista. Apesar disso, esse profissional segue, continuamente, entrando em contato com o casal a fim de que o paciente seja submetido à cirurgia com ele. O tratamento é seguido com sucesso junto à oncologista, sem necessidade de intervenção cirúrgica.

---

1 Médico pela Universidade Federal de Sergipe.

2 Graduada em Medicina pela UFMG. Especialista em Cancerologia Clínica pelo INCA. Mestre em Ciências da Saúde pela UFS. Especialista em Preceptoria de Residência Médica do SUS. Professora do Departamento de Medicina – UFS - Campus Lagarto.

Questões provocativas

Há realmente indicação de cirurgia curativa nesse caso?
O profissional está autorizado a insistir por tratamento não consentido pelo paciente?

Discussão

Segundo o clássico *Ortopedia e Traumatologia: princípios e práticas*, organizado por Xavier e Hebert, a metástase óssea é a mais frequente neoplasia maligna do esqueleto, sendo um dos principais focos secundários o corpo vertebral. Dessa forma, a decisão de investigação por um foco primário foi acertada (HEBERT *et al.*, 2017).

Todavia, a mesma publicação refere que, nesses casos, o tratamento é, em princípio, paliativo, sendo possível o uso de alguns medicamentos. Afirma ainda que o tratamento cirúrgico é contraindicado em caso de metástases ósseas, já que há impossibilidade de cura, atuando apenas em seu foco secundário (HEBERT *et al.*, 2017). Percebe-se, portanto, que a falha técnica básica ocorreu, o que poderia pôr a vida do paciente em risco.

Além da própria falha técnica, houve falha ética frente ao mesmo contexto. Isso pode ser observado no "Capítulo I - Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica", conforme segue: XXVI - *a medicina será exercida com a utilização dos meios técnicos e científicos disponíveis que visem aos melhores resultados* (CFM, 2019).

Existe ainda o "Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares", que trata de importante tema do dia a dia médico e traz possibilidades de discussão. Sobre o caso em tela, é possível destacar dois artigos que muito têm a ver com ele:

> Art. 32. É vedado ao médico deixar de usar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente (CFM, 2019).
> Art. 35. É vedado ao médico exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos (CFM, 2019).

Em relação ao primeiro artigo citado, percebe-se que o profissional procurou, sim, utilizar-se de bons meios técnicos e científicos em busca

do diagnóstico do paciente. Todavia, um meio técnico básico não foi visto ainda no primeiro contato: o exame físico. Além disso, o conjunto de meios utilizados não visou, por parte do médico, a um melhor resultado, como já discutido.

Ao se observar o segundo artigo, por sua vez, pode ser visto algo não enfatizado anteriormente: o termo "prevenção". Não foi objetivada pelo ortopedista a prevenção de outros males, o que constitui uma transgressão a um dos princípios básicos de Hipócrates, o da não maleficência.

O artigo 35, em sequência, mostra que a informação dada ao paciente deve ser exatamente aquela presente. Não é aceitável ir além do quadro a fim de "assustar" ou "condenar" o paciente. Tal atitude foi vista no caso em trecho que se segue: "necessita de abordagem cirúrgica curativa de urgência, pois, sem esta, *ficaria sem andar permanentemente*".

Acerca da segunda questão do caso descrito, diversas citações e artigos do Código de Ética Médica podem ser extraídos para discussão. Em princípio, discute-se um assunto frequente no dia a dia médico: a autonomia do paciente. De tão prevalente no Código de Ética Médica, é possível até agrupar alguns importantes tópicos sobre o assunto.

Desse modo, não resta dúvida de que o paciente é o maior ator da progressão de seu caso. É ele quem conhece suas possibilidades, limitações e vontades. O médico, observando o paciente de forma pontual, não é capaz de ditar o que deve ou não ser feito. Orientar é necessário, mas ditar, nunca!

Comentário do especialista

Sobre a questão 1: A metástase óssea é a neoplasia mais frequente em tecido ósseo, sendo responsável por aproximadamente 99% dos casos das neoplasias ósseas (DIEL; KAUFFMANN; BASTERT, 1994). Os tumores sólidos com maior capacidade de disseminação óssea são os de mama, próstata, pulmão, tireoide e rim. Em cerca de 20% dos casos de neoplasias metastáticas para o osso, a lesão óssea será a primeira manifestação clínica do paciente (KIM *et al.*, 2018).

As metástases ósseas costumam ser multifocais e comprometem mais frequentemente o esqueleto axial e a parte proximal dos ossos longos. Nos pacientes com metástases ósseas, lesões na coluna são identificadas em 25% dos casos. A dor costuma ser o principal achado clínico, seguida de fratura patológica (HEBERT *et al.*, 2017).

Diante da presença de imagem sugestiva de neoplasia óssea, é mandatório o estadiamento do paciente, que se trata de uma investigação com exames de imagem para a avaliação da existência de outras lesões neoplásicas e a pesquisa de um possível sítio primário da neoplasia. Somente após o estadiamento feito é possível a definição da melhor conduta oncológica para o paciente (KATZ *et al.*, 2014; HEBERT *et al.*, 2017).

A presença de lesões secundárias ósseas, salvo em raras exceções como em alguns casos de linfoma, indica se tratar de doença oncológica avançada metastática, cuja proposta terapêutica será direcionada para controle de sintomas e aumento do tempo e da qualidade de vida, mas sem possibilidade de cura. Qualquer proposta de tratamento para esses casos, seja cirúrgico, quimioterápico e/ou com radioterapia, tem caráter paliativo, o que deve ser amplamente abordado com o paciente e seus familiares (DIEL; KAUFFMANN; BASTERT, 1994; HEBERT *et al.*, 2017).

Uma das principais complicações de metástases em coluna é o risco de compressão medular, que pode ser considerada uma urgência oncológica, visto que o paciente pode evoluir para um quadro de plegia irreversível. A abordagem cirúrgica pode ser necessária com o intuito de reduzir o risco de fratura e prevenir lesão neural. Porém, recomenda-se que a definição da conduta nos casos de Síndrome de Compressão Medular seja realizada em caráter multidisciplinar, avaliada em conjunto pela equipe da Oncologia Clínica, Radioterapia e Cirurgia após investigação do sítio primário. Caso seja indicado o procedimento cirúrgico, é fundamental que o paciente e seus familiares sejam informados de que se trata de um procedimento de caráter paliativo com a intenção de evitar um agravamento do quadro (KATZ *et al.*, 2014).

A indicação de cirurgia paliativa poderá ocorrer em situações em que haja a presença de paraplegia por menos de 48 horas secundária à lesão em coluna, tumores não radio-sensíveis, pouco volume de doença neoplásica ou doença sob controle e expectativa de vida superior a 3 meses (KATZ *et al.*, 2014; HEBERT *et al.*, 2017). Caso o paciente não seja candidato à cirurgia, outros tratamentos como radioterapia e/ou quimioterapia poderão ser indicados. Há, portanto, a necessidade de que a equipe médica compartilhe com o paciente e seus familiares todas as opções para que possam decidir de forma individualizada a melhor estratégia terapêutica para o paciente em questão.

A ausência do exame físico, a indicação do procedimento cirúrgico sem estadiamento do paciente, a proposta de tratamento curativo foram falhas técnicas importantes na condução do presente caso.

No campo da ética, observa-se que as falhas técnicas cometidas no caso apresentado também se traduzem em falhas éticas graves, conforme pode ser observado no Código de Ética Médica. No "Capítulo I - Princípios Fundamentais" - XXVI, *consta que a Medicina será exercida com a utilização dos meios técnicos e científicos disponíveis que visem aos melhores resultados* (CFM, 2019).

No caso em questão, o profissional utilizou-se de meios técnicos e científicos fundamentais na busca do diagnóstico do paciente quando solicitou os exames de imagem. Todavia, ao renunciar à realização do exame físico, ainda no primeiro contato, e conduzir o caso apenas através solicitação de exames complementares, o profissional negligencia a importância da avaliação clínica. O exame físico nesses casos pode permitir a identificação de lesões neurológicas precoces, entre outros danos, e a sua não realização consiste em um erro médico. Além disso, ao indicar uma cirurgia com proposta curativa, a despeito dos resultados dos exames solicitados, coloca-se em questão se o profissional buscou por melhores resultados para o paciente ou por interesse próprio.

No "Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares", é possível destacar dois artigos importantes para a discussão do caso:

> Art. 32. É vedado ao médico deixar de usar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente (CFM, 2019).
> Art. 35. É vedado ao médico exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos (CFM, 2019).

O artigo 32 refere-se ao fato de que o médico deve se utilizar de todos os meios possíveis em prol do paciente. Ao indicar um tratamento cirúrgico sem considerar o quadro clínico do paciente em sua totalidade e o real benefício da cirurgia, ou sem considerar outras possibilidades terapêuticas, o ortopedista infringiu um dos princípios básicos de Hipócrates, o da *não maleficência*.

O artigo 35, em sequência, mostra que a informação dada ao paciente deve ser exatamente a condição real. Não é aceitável ir além do quadro a fim de "assustar" ou "condenar" o paciente. Tal atitude foi vista no caso em trecho que se segue: "necessita de abordagem cirúrgica curativa de urgência, pois, sem esta, *ficaria sem andar permanentemente*".

Quanto à segunda questão do caso descrito, diversas citações e artigos do Código de Ética Médica podem ser extraídos a fim de discussão. Em princípio, é fundamental que se discutam o papel do médico e a autonomia do paciente. No Código de Ética Médica, há diversos artigos que reforçam a importância do livre arbítrio do paciente e o direito de escolha, como pode ser visto nos trechos abaixo:

> Capítulo I - PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS:
> XXI - "no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas" (CFM, 2019).
> Capítulo IV – DIREITOS HUMANOS:
> Art. 24. "é vedado ao 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" (CFM, 2019).
> Capítulo V - RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES
> Art. 31. "é vedado ao médico 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" (CFM, 2019).

Não fica dúvida de que o paciente deve ser o maior ator na decisão terapêutica de seu caso. É ele quem conhece suas possibilidades, limitações e vontades. O médico, observando o paciente de forma pontual, não é capaz de ditar o que deve ou não ser feito, tendo apenas um papel consultivo. No presente caso, a insistência por parte do ortopedista, após uma resposta negativa do paciente, desrespeita a decisão do paciente e infringe o Código de Ética Médica.

Referências

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217 de 27/09/2018. Brasília: CFM, 2019.

DIEL, I. J.; KAUFFMANN, M.; BASTERT, G. **Metastatic bone diseases, fundamental and clinical aspects**. Berlin: Sringer Verlag, v. 1, n. 11, 1994.

HEBERT, S. K. *et al.* **Ortopedia e Traumatologia**: Princípios e Práticas. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

KATZ, A. *et al.* **Emergências Oncológicas, Oncologia Clínica – Terapia baseada em evidências**. Centro de Oncologia do Hospital Sírio Libanês. 2. ed. 2014.

KIM, L. D. *et al.* Metástase óssea como primeira manifestação de tumores: contribuição do estudo imunohistoquímico para o estabelecimento do tumor primário. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 53, n. 4, ago. 2018.

Barriga solidária: limites bioéticos

Byanka Porto Fraga[1]
Thaís Serafim Leite de Barros Silva[2]

Carolina Rebouças Novaes (nome fictício), 37 anos, e seu marido, Marcus Menezes Novaes (nome fictício), 40 anos, sempre sonharam com um casal de filhos e por 5 (cinco) anos fizeram várias tentativas, porém todas sem sucesso. Depois de algum tempo, descobriram que Carolina tinha problemas para fixação do embrião no útero e então, guiados pelo sonho de se tornarem pais, pesquisaram sobre "barriga de aluguel/barriga solidária", iniciando assim as buscas sobre o assunto. Inicialmente, se interessaram pela "barriga solidária" e começaram a procurar entre suas famílias a fim de descobrir quem poderia gestar e, por sorte, uma prima se ofereceu, e tempos depois tiveram seu primeiro filho. Contudo, ainda sonhavam em ter outro bebê, mas dessa vez nenhum familiar se encontrava disponível. Dessa forma, precisavam optar pela "barriga de aluguel" e, ao buscarem sobre o assunto, descobriram vários grupos em redes sociais, no famoso "mercado negro". Sem muita preocupação quanto à legalidade, fizeram vários contatos e selecionaram uma mulher, começando assim todo o processo de contrato, que não foi formalizado oficialmente, contudo o casal disse que cumpriria todas as garantias exigidas, e, em contrapartida, a mulher lhes assegurou que entregaria o bebê logo ao nascer.

1 Fisioterapeuta – UNIT. Discente de Medicina – UNIT. Especialista em Biomecânica e Cinesioterapia Funcional – UNIT. Mestre em Ciências da Saúde – UFS. Doutora em Biotecnologia da Saúde – UFS. Docente do Departamento de Educação em Saúde - DESL – UFS.

2 Médica ginecologista e obstetra, especialista em Reprodução Humana. Mestre em Ciências da Saúde – UFS. Docente do Departamento de Medicina – UFS. Supervisora da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do HU – UFS. Coordenadora da Coreme HU-UFS. Chefe da Unidade Materno-Infantil do HU – UFS.

Questões provocativas

A primeira gestação, que foi realizada pela prima, é permitida no Brasil?

A legislação brasileira permite a cobrança pela barriga de aluguel?

Por falta de um termo de compromisso assinado, a mulher que gestou poderia ficar com o bebê?

Discussão

Nos dias atuais, com o progresso da ciência e suas tecnologias, a reprodução humana assistida – RHA é uma realidade, mas ainda continua sendo um assunto pouco difundido. Essa técnica trouxe uma esperança para diversos casais com o sonho de se tornarem pais e que não conseguiram de forma natural. Seguindo essa premissa, várias crianças já nasceram por meio de tal tecnologia, comprovando assim o aumento da sua procura (ROSA; SILVEIRA; THOME, 2016).

Segundo Silva (2017), "barriga solidária/barriga de aluguel" é o meio pelo qual uma mulher cede seu útero para a gestação de um embrião concebido *in vitro* por RHA e, cumprido o período gestacional, se obriga a entregar a criança após o parto para outra pessoa, que pode ou não ter fornecido parte do material genético utilizado na fertilização. Na verdade, a maternidade de substituição não consiste propriamente numa técnica reprodutiva, embora seja estudada como tal (SILVA, 2016).

Dessa forma, o Conselho Federal de Medicina – CFM, na Resolução nº 2.168/2017, Capítulo VII, trata sobre a gestação de substituição (cessão temporária do útero), dispondo o seguinte:

> As clínicas, centros ou serviços de reprodução assistida podem usar técnicas de Reprodução Assistida para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética, em união homoafetiva ou pessoa solteira.
>
> 1. A cedente temporária do útero deve pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau – mãe/filha; segundo grau – avó/irmã; terceiro grau – tia/sobrinha; quarto grau – prima).

Demais casos estão sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.

2. A cessão temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.

Ainda, o artigo 199, § 4º, da Constituição Federal dispõe sobre as condições e os requisitos que facilitam a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, o processamento e a transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (BRASIL, 2020).

Entretanto, não se pode concordar com tal posicionamento jurídico, pois a entrega da criança aos pais biológicos não se relaciona com a venda de tecidos ou partes do corpo humano; sendo assim, no procedimento que envolve a "barriga de aluguel", não se está vendendo órgãos, mas sim gerando um filho para outra pessoa impossibilitada de fazê-lo, por livre e espontânea vontade, mediante remuneração (POLI; VIEGAS, 2015).

Logo, tanto a "barriga de aluguel" quanto a "barriga solidária" são realizadas por inseminação artificial, porém essas alternativas trazem muitas dúvidas e polêmicas em torno de tal procedimento (FUZA, 2016). A grande diferença entre ambas é o fato de que na "barriga de aluguel" alguém recebe algo em troca para gerar o filho de outra pessoa; ou seja, há interesses pecuniários. No Brasil, a barriga de aluguel é proibida pela Constituição e é vedada pelo CFM. O casal, a pessoa que empresta a barriga e demais envolvidos são punidos com três a oito anos de prisão (OLIVEIRA, 2013).

Por ser um assunto extremamente controverso, existem os defensores e os discordantes dessa corrente. Para Pereira (2012), apesar de várias vedações, nada justifica a possibilidade de não ser remunerada quem presta um serviço a outrem, sendo esse um serviço integral por longos nove meses que acarretam para a prestadora, muitas vezes, dificuldades e limitações.

Wanssa (2010) defende a ideia de que esses procedimentos trouxeram a realização de um dos desejos mais primitivos do homem, que é a reprodução, além do que casais inférteis gozam de autonomia e liberdade para a escolha da maneira como querem gerar um filho. Em contrapartida, Pessini (2013) não defende a "barriga de aluguel", pois acredita que essa técnica deságua no medo da exploração comercial dessa solução, na "coisificação do ser humano".

Quando se atém ao caso clínico, percebe-se que o casal seguiu as leis na primeira gestação, já que a prima tem parentesco de quarto grau e não houve cobrança para o procedimento, por isso que no Brasil chama-se "barriga solidária", pelo fato de ser uma forma altruísta de maternidade. Por outro lado, na segunda gestação, eles foram totalmente contrários à lei, pois, além de auferirem lucros a terceiros, não houve autorização junto ao CFM, como também não se formalizou contrato com todos os termos necessários (DIAS, 2015). Desse modo, relacionado aos protocolos, conforme a Resolução no 2.168/2017 do CFM, item VII:

> 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 com o perfil psicológico, 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, 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 (pai, mãe ou pais genéticos), devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez;
>
> 3.6. Aprovação do cônjuge ou companheiro, apresentada por escrito, se a cedente temporária do útero for casada ou viver em união estável.

Diante do exposto, percebe-se que o casal correu o risco de não ter seu bebê, já que a gestante poderia ter se negado a entregá-lo, pois não houve garantias formais. Ainda é importante ressaltar que o médico, por saber

do não parentesco, deveria ter solicitado autorização junto ao Conselho Regional de Medicina – CRM, uma vez que sem essa autorização correu o risco de ser severamente punido judicialmente e até perder o seu registro de classe.

Por fim, como esse assunto é contestável e antagônico, merece uma análise mais profunda, de maneira que se tenha uma regulamentação jurídica em torno de tal procedimento que hoje é baseado apenas em uma Resolução do CFM, deixando muitas lacunas para discussões.

Comentário do especialista

Cerca de 15% dos casais irão apresentar infertilidade, que é definida como a ausência de gestação durante 12 meses de relações sexuais sem método contraceptivo (ZEGERS-HOCHSCHILD, 2017; FARQUHAR; MARJORIBANKS, 2018; ACOG; ASMR, 2019). Calcula-se que cerca de 35% das causas sejam ligadas ao fator feminino, 30% ao fator masculino, 20% devido a ambos os parceiros e 15% não apresentam diagnóstico definido (FEBRASGO, 2019).

Os tratamentos de fertilização envolvem técnicas complexas e de alto custo, sendo necessário o conhecimento das melhores evidências disponíveis para que sejam alcançados os melhores resultados (FARQUHAR; MARJORIBANKS, 2018). Antes de iniciar o tratamento da infertilidade, faz-se necessária uma investigação básica do casal com exames relacionados ao sêmen, à ovulação e à perviedade tubária (BEREK, 2020).

A Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva – ASRM define as técnicas de reprodução assistida – RA como técnicas que propiciam a união dos gametas na mulher ou em laboratório para que ocorra a fecundação (ACOG; ASMR, 2019).

A classificação dessas técnicas pode ser devido ao grau de complexidade ou ao local onde ocorre a fecundação. A classificação quanto ao grau de complexidade pode ser de baixa complexidade (coito programado, inseminação intracervical, inseminação intrauterina) ou de alta complexidade (transferência intratubária de gametas ou fertilização in vitro). A classificação quanto ao local da fecundação se divide em técnicas intracorpóreas (coito programado, inseminação intracervical, inseminação intrauterina, transferência intratubária de gametas) e extracorpóreas (fertilização *in vitro* – FIV) (FEBRASGO, 2019). A fertilização *in vitro* é uma técnica de

reprodução assistida – TRA em que ocorre a fertilização extracorpórea do oócito. A injeção intracitoplasmática de espermatozoide – ICSI é um procedimento em que um espermatozoide é injetado no citoplasma de um oócito (ESHRE, 2015).

Na barriga de aluguel, uma mulher engravida através de técnicas de reprodução assistida e entrega a criança a outra pessoa ou casal (SÖDERSTRÖM-ANTTILA *et al.*, 2016; MURUGAPPAN, 2018; AZNAR, 2019; KIM, 2019). Existem dois tipos de barriga de aluguel, a tradicional e a gestacional. Na barriga de aluguel tradicional, a mulher engravida através de TRA utilizando seus óvulos e o esperma do pai, sendo, portanto, geneticamente relacionada (SÖDERSTRÖM-ANTTILA *et al.*, 2016). Segundo a ACOG e a ASRM (2019), a prática da barriga de aluguel tradicional em que a mulher que engravida participa com seu material genético não é recomendada devido a questões éticas e legais complexas.

Na barriga de aluguel gestacional, os embriões transferidos para o útero da mãe substituta são geralmente derivados de gametas de um ou de ambos os futuros pais, mas também pode ser de oócito doado, esperma doado ou ambos (SÖDERSTRÖM-ANTTILA *et al.*, 2016). De acordo com a ESHRE e a ASRM, a escolha da portadora gestacional deveria levar em consideração alguns aspectos relacionados a seguir (SÖDERSTRÖM-ANTTILA *et al.*, 2016): idade – ter preferencialmente entre 21 e 45 anos; gestações prévias – pelo menos 1 filho e no máximo 5 filhos; via de parto – no máximo 3 cesarianas prévias; histórico gestacional – gestação anterior a termo e sem complicações.

O primeiro caso relatado com sucesso de uma gravidez utilizando uma portadora gestacional foi em 1985, em que, após uma FIV, o embrião foi transferido para o útero de uma amiga. Desde então, o uso da barriga de aluguel foi amplamente difundido, principalmente em países como os Estados Unidos (PERKINS, 2016; KIM, 2019). O CDC registrou, nos Estados Unidos, entre 1999 a 2013, um total de 2.071.984 ciclos por TRA, sendo realizados com portadoras gestacionais em 30.927 ciclos (PERKINS, 2016).

A barriga de aluguel pode ser recomendada apenas em situações restritas em que gestar é biologicamente impossível ou existe contraindicação médica. Estão incluídas situações em que a gravidez não seria segura devido a condições médicas subjacentes ou impossível devido a desordens reprodutivas (ACOG, 2016; KAPFHAMER, 2016). A principal indicação para o tratamento de barriga de aluguel é ausência do útero congênita, como na

Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser, ou retirada do útero após complicações obstétricas graves, como hemorragia pós-parto ou ruptura do útero ou devido a doenças como câncer de colo do útero. Condições médicas (por exemplo, doenças cardíacas e renais), que podem ser fatais para uma mulher durante a gravidez, também são indicações de que uma barriga de aluguel pode ser considerada. Outra indicação é a incapacidade biológica de conceber ou ter um filho, o que se aplica a casais do mesmo sexo ou homens solteiros (SÖDERSTRÖM-ANTTILA *et al.*, 2016).

A American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG elaborou em 2016 um documento com recomendações a respeito dessa prática médica em que orienta aos médicos ginecologista e obstetra que irão acompanhar uma gestação originada de uma barriga de aluguel que precisam estar cientes de que tal procedimento envolve complexidades éticas, médicas, psicossociais e legais que devem ser avaliadas para que não ocorram resultados adversos para a mulher que irá gestar, para os futuros pais e para a criança (ACOG, 2016).

As grávidas muitas vezes obtêm satisfação em ajudar os pais a cumprirem seu desejo de ter uma família, principalmente por motivos altruístas. A compensação monetária deve estar em conformidade com a lei estadual, devendo ser ética e apropriada para o tempo, o esforço e os riscos assumidos por uma gestante, e a compensação pode melhorar sua qualidade de vida e abrir opções futuras para a portadora gestacional e sua família (ACOG, 2016). Faz-se necessário ressaltar que a portadora gestacional pode apresentar complicações relacionadas à gestação, tais como hipertensão, diabetes, cesariana, episiotomia e depressão pós-parto (FRYDMAN, 2016).

A ACOG (2016) recomenda que a gestante e os genitores tenham acompanhamento com profissional da saúde mental e com profissional responsável pelos aspectos legais. É indicado que seja estabelecido um pré-contrato assinado entre as partes em que haja clareza, transparência e boa-fé. E, ainda, que sejam acordadas previamente entre as partes situações como número de embriões a serem transferidos, necessidade de procedimentos invasivos durante a gestação, presença de alterações genéticas. Tais recomendações são igualmente importantes em situações em que a gestante é amiga ou familiar dos futuros pais.

Por fim, no Brasil é permitida a gestação de substituição (cessão temporária do útero) quando existir um problema médico que impeça ou

contraindique a gestação na doadora genética. A cessão temporária do útero pode ser realizada entre pessoas pertencentes à família de um dos parceiros até o quarto grau e não pode ter caráter lucrativo ou comercial (CFM, 2017).

Referência

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. ACOG Committee Opinion No 660: Family Building Through Gestational Surrogacy. **Obstetrics & Gynecology**, v. 127, n. 3, p. e97-e103, mar. 2016. Disponível em: https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-pinion/articles/2016/03/family-building-through-gestational-surrogacy-. Acesso em: 29 set. 2020.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG; AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE – ASMR. Infertility Workup for the Women's Health Specialist: ACOG Committee Opinion, Number 781. **Obstetrics & Gynecology**, v. 133, n. 6, p. e377-e384, jun. 2019. Disponível em: https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/06/infertility-workup-for-the-womens-health-specialist. Acesso em: 25 set. 2020.

AZNAR, J.; PERIS, M. M. Gestational Surrogacy: Current View. **The Linacre Quartely**, v. 86, n. 1, p. 56-67, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6537344/. Acesso em: 25 set. 2020.

BEREK, J. S. **Berek & Novak's Gynecology**. 16. ed. Filadélfia: Wolters Kluwer, 2020.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. 56. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução CFM nº 2.168/2017, de 10 de novembro de 2017**. Dispõe sobre as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Brasília, 2017. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168.Acesso em: 25 set. 2020.

DIAS, M. B. **Manual de Direito das Famílias** – Princípios do Direito de Família. 10. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

EUROPEAN SOCIETY OF HUMAN REPRODUCTION AND EMBRYOLOGY – ESHRE *et al.* **Revised guidelines for good practice in IVF laboratories (2015)**. 1. ed. Belgium: Eshre, 2015.

FARQUHAR, C.; MARJORIBANKS, J. Assisted reproductive technology: an overview of Cochrane Reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, p. 1-108, 2018. Disponível em: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010537.pub5/full. Acesso em: 25 set. 2020.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. **Tratado de ginecologia Febrasgo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

FRYDMAN, R. Surrogacy: yes or no? **Fertility and sterility**, v. 105, n. 6, p. 1445, 2016. Disponível em: https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(16)61109-3/pdf. Acesso em: 25 set. 2020.

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: 15 jul. 2020.

KAPFHAMER, J.; VAN VOORHIS, B. **Gestational surrogacy**: a call for safer practice. Fertility and sterility, v. 106, n. 2, p. 270-271, 2016. Disponível em: https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(16)61125-1/pdf. Acesso em: 25 set. 2020.

KIM, H. H. Diversity of international surrogacy arrangements: considerations for cross-border reproductive care. **Fertility and sterility**, v. 111, n. 3, p. 467-468, 2019. Disponível em: https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(19)30004-4/pdf. Acesso em: 25 set. 2020.

MURUGAPPAN, G. *et al.* Gestational carrier in assisted reproductive technology. Fertility and sterility, v. 109, n. 3, p. 420-428, 2018. Disponível em: https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(17)32054-X/pdf. Acesso em: 25 set. 2020.

OLIVEIRA, K. L. **Barriga de aluguel e solidária, tudo sobre lei, problemas, como fazer**. 2013. Disponível em: https://essaseoutras.com.br/barriga-de-aluguel-e-solidaria-tudo-sobre-lei-problemas-como-fazer/. Acesso em: 18 jul. 2020.

PEREIRA, R. C. **Barriga de aluguel**: o corpo como capital. 2012. Disponível em: http://www.ibdfam.org.br/artigos/858/Barriga+de+aluguel%3A+o+corpo+como+capital+. Acesso em: 14 jul. 2020.

PERKINS, K. M. *et al.* Trends and outcomes of gestational surrogacy in the United States. **Fertility and sterility**, v. 106, n. 2, p. 435-442.e2, 2016. Disponível em: https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(16)61057-9/fulltext. Acesso em: 25 set. 2020.

PESSINI, L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a02v21n1. Acesso em: 18 jul. 2020.

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: 14 jul. 2020.

ROSA, C. P.; SILVEIRA, D. O.; THOME, L. M. B. (Orgs.). **Novos rumos do Direito de Família e Sucessões**. Porto Alegre: IBDFAM-RS/RJR Editora, 2016.

SILVA, D. V. F. **Princípios norteadores do direito de família.** 2017. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/56132/principiosnorteadores-do-direito-de-familia. Acesso em: 14 jul. 2020.

SILVA, E. R. N. **Barriga solidária**: Limites Jurídicos e o Direito Fundamental ao Próprio Corpo. 2016. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife. 2016. Disponível em: http://tede2.unicap.br:8080/bitstream/tede/578/1/eneida_roselia_nascimento_silva.pdf Acesso em: 14 jul. 2020.

SÖDERSTRÖM-ANTTILA, V. *et al.* Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families-a systematic review. **Human reproduction update**, v. 22, n. 2, p. 260-276, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26454266/. Acesso em: 25 set. 2020.

WANSSA, M. C. D. Inseminação artificial e anonimato do doador. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, supl. 2, p. s337-s345, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid =S1519-38292010000600011 &lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 jul. 2020.

ZEGERS-HOCHSCHILD, F. *et al.* The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. **Fertility and sterility**, v. 108, n. 3, p. 393-406, 2017. Disponível em: https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(17)30429-6/fulltext. Acesso em: 25 set. 2020.

Compressa esquecida: o que fazer?

Rômullo Lameck Pereira de Figueiredo[1]
Antônio Alves Júnior[2]

Maria dos Santos Silva (nome fictício), 47 anos, sexo feminino, empregada doméstica, chega ao hospital de urgência com queixa de dor e distensão abdominais, vômitos fecaloides e ausência de eliminação de flatos e fezes há aproximadamente 6 dias. O cirurgião de plantão, ao avaliá-la, achou o quadro clínico compatível com abdome agudo obstrutivo e solicitou tomografia computadorizada de abdome, que evidenciou a presença de corpo estranho e distensão de alças. A paciente é, de pronto, levada à sala de cirurgia, onde é submetida a uma laparotomia exploratória. No momento da cirurgia, o médico percebe que o corpo estranho se tratava de uma compressa. Por conta da história prévia de histerectomia de urgência, há 7 anos, devido a sangramento uterino anormal, supôs que ela havia sido esquecida durante aquele procedimento.

Em um conflito interno, o cirurgião pensou no que poderia haver causado esse esquecimento. Ponderou que o colega que esquecera a compressa poderia estar em um dia ruim e considerou que erros são praticamente inevitáveis à medida que a quantidade de procedimentos realizados aumenta. Resolveu, então, acobertar o colega para que ele não sofresse as consequências do ato.

Ao final da cirurgia, antes de a cavidade abdominal ser fechada, a técnica de enfermagem percebeu a presença de uma compressa a mais durante a contagem. O cirurgião lhe explicou a condição, e ela informou que o apoiaria na decisão de ocultar o acontecido. A circulante de sala, no

1 Médico pela Universidade Federal de Sergipe (UFS).

2 Médico pela UFS. Especialista em Cirurgia Geral e Cirurgia Hepática. Mestre e Doutor pela FMUSP. Professor do Departamento de Medicina – UFS. Coordenador Cirúrgico do Serviço de Cirurgia Bariátrica do HU – UFS. Presidente da Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante do HU – UFS. Supervisor da Residência Médica de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HU – UFS. Chefe da Unidade de Aparelho Digestivo do HU – UFS/EBSERH.

entanto, ao ficar a par da situação, disse que era contra e que denunciaria o caso. O médico, então, usando de sua influência, ameaçou a profissional, dizendo que, se ela não ficasse calada, iria se esforçar para que ela fosse demitida e não conseguisse mais emprego em nenhum hospital daquela cidade. Com medo de ficar desempregada, e considerando que essa não era a primeira vez que recebia esse tipo de ameaça por parte do médico, ela se desculpou por ter se intrometido e disse que não informaria ninguém acerca do ocorrido.

Questões provocativas

O cirurgião agiu eticamente ao acobertar o erro do colega?
A paciente tem o direito de ser comunicada a respeito?
A forma que o médico utilizou para convencer a circulante de sala foi ética?

Discussão

O relato descrito anteriormente se refere a um caso de Gossipiboma. Esse termo deriva do latim, em que *gossypium* se refere a algodão e o sufixo "oma", a tumores (ALAYO; ATTAR; GO, 2010). Acontece por conta de reação inflamatória à compressa ou gaze esquecida durante a cirurgia, sendo mais comum em laparotomias e intervenções de emergência (WAN *et al.*, 2009). Devido ao processo inflamatório, o paciente pode desenvolver um quadro de abdome agudo obstrutivo (IGLESIAS; SALOMÃO, 2007).

O cirurgião do caso em questão, por motivos de cunho pessoal, decidiu esconder o erro do colega para que este não sofresse as consequências. De fato, o inciso XVIII do Capítulo I do Código de Ética Médica – CEM determina que *o médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade,* no entanto acrescenta: *sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.* Esse mesmo código, no artigo 50, clarifica que é vedado *acobertar erro ou conduta antiética de médico* (CFM, 2019). Considerando tais pontos, o médico do caso agiu de maneira antiética no tocante ao acobertamento do esquecimento do colega.

Além disso, deve-se considerar, também, a atribuição de erro médico do primeiro cirurgião. Erro médico é o dano, o agravo à saúde do paciente provocado pela ação ou inação do médico no exercício da profissão e sem a intenção de cometê-lo (GOMES; DRUMOND; FRANÇA, 2002). Dentre as

três categorias de erro médico – imprudência, negligência e imperícia – o cirurgião foi negligente, uma vez que o dano se deu por conta de omissão durante o cuidado (FRANÇA, 2019).

No que concerne ao direito de a paciente ser comunicada a respeito do achado do médico, o CEM estabelece no artigo 34 que é vedado:

> 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 ao seu representante legal (CFM, 2019).

Logo, havia importância de que o cirurgião tivesse comunicado à paciente para não incorrer em outra infração ética.

Em relação ao ocorrido com a circulante de sala, houve outra infração do código de ética. De acordo com o artigo 56 do CEM, é vedado ao médico *utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos* (CFM, 2019). Ademais, considerando o caráter recorrente das ameaças, houve também assédio moral (LEYMANN, 1996). Uma pesquisa brasileira apontou que 19,7% da equipe de enfermagem já sofreu algum tipo de violência no trabalho, sendo que 66,5% foi violência psicológica (FERREIRA, 2016). O Projeto de Lei no 4.742/2001 propõe incluir o artigo 146-A no Código Penal Brasileiro, tipificando assédio moral como crime, de acordo com a seguinte redação:

> Desqualificar reiteradamente, por meio de palavras, gestos ou atitudes, a autoestima, a segurança ou a imagem do servidor público ou empregado em razão de vínculo hierárquico funcional ou laboral. Pena: Detenção de 3 (três) meses a um ano e multa (BRASIL, 2001).

Esse projeto foi aprovado na Câmara dos Deputados, mas ainda aguarda apreciação pelo Senado Federal na data de publicação deste livro.

A fim de agir respeitando os princípios de ética médica e resguardar a manutenção da relação médico-paciente, o cirurgião atual poderia entrar em contato com o primeiro para informar o ocorrido. Um dos fatores que contribuem para o aumento de denúncias na área médica é a má relação médico-paciente (SOARES, 2016). A partir daí, os dois poderiam ir

pessoalmente explicar à paciente tudo o que aconteceu desde a primeira até a última cirurgia. Dessa forma, eles estariam resguardando o direito à informação da paciente e diminuindo a probabilidade de ocorrer falha de comunicação e, consequentemente, denúncia, estabelecendo a manutenção de uma boa relação entre as partes.

Comentário do especialista

O caso em tela trata-se de um exemplo de retenção inadvertida de corpos estranhos – RICE, sendo o corpo estranho ora mencionado uma compressa. Ao corpo estranho de origem têxtil, junto a matriz tecidual de reação inflamatória a ele aderida, dá-se o nome de gossipiboma ou a sinonímia textiloma (AMARAL *et al.*, 2014). Em 1859, foi descrito o primeiro caso de RICE, àquela época fora esquecida uma esponja marinha – atualmente substituída pela compressa cirúrgica (GIBBS; COAKLEY; REINES, 2007). Por ser infrequente, com ocorrência estimada em 1:1000 a 1:5000, e poder redundar em implicações jurídicas, sociais, econômicas e éticas, os casos de RICE continuam sendo subnotificados, o que dificulta seu entendimento fisiopatológico e epidemiológico (BIROLINI, 2013). No entanto, pode ter uma mortalidade de 10 a 18% (AMARAL *et al.*, 2014).

Em sua tese de Doutorado, Birolini (2013) avaliou a experiência de 2.872 cirurgiões brasileiros em relação à retenção de corpos estranhos – CE e observou que 73% deles já haviam retirado corpos estranhos em uma ou mais ocasiões, sendo que 90% desses CE eram têxteis, como no caso ora apresentado.

O gossipiboma pode ter duas formas de apresentação clínica: a exsudativa, com formação de abscesso intra-abdominal e fístulas enterocutâneas que ocorrem geralmente no pós-operatório precoce, e a forma fibrinosa, que ocorre em 25% dos casos, com formação de encapsulamento do corpo estranho e aspecto pseudotumoral (CARVALHO *et al.*, 2018). No caso ora exposto, a apresentação fibrinosa pseudotumoral levou a um quadro de obstrução intestinal prontamente tratada.

Birolini, Rasslan e Utiyama (2016), ao publicarem seu trabalho observacional, referiram que as compressas grandes foram os principais corpos estranhos encontrados nessa situação (42,01% dos casos). Foi enfatizado, ainda, que os principais procedimentos cirúrgicos que complicaram com RICE foram as cesáreas (17,96%) e as histerectomias (16,33%).

Em concordância, o gossipiboma ora descrito fora de uma compressa grande retida após cirurgia de histerectomia há 7 anos. Tal fato causou grande dilema ético e moral.

Com relação à ética médica, há alguns anos o tema passou a despertar grande interesse. Diversos motivos contribuíram para uma maior evidência a esse tema: grande atenção dada pela mídia a assuntos médicos; um sistema médico sustentado pelo povo, mas pouco acessível a ele; o descontentamento com a desumanização e despersonalização da terapêutica médica, entre outros (CALLAHAN, 1980). Para nortear as atitudes médicas com a sensibilidade ética, a classe médica deve seguir um conjunto de condutas sugeridas e agrupadas sob a forma de um código de condutas: o código de ética médica.

O primeiro código de ética médica da história foi o de Hamurabi, que era rei da Babilônia. Era um código no qual não houve participação dos médicos e visava unicamente o paciente e descrevia situações como a seguinte: "se um médico produzir um ferimento grave em qualquer pessoa [...] e curá-lo, deverá receber dez *shekels* de prata. Se o médico produzir um ferimento grave e o matar [...], suas mãos serão cortadas" (CASTIGLIONI, 1947). Muito se modificou depois disso. No Brasil, foi outorgado o primeiro Código de Ética Médica em 1931 pelo Ministro de Educação e Saúde Dr. Belisário Pena (LANDMAN, 1985).

Com a evolução das sociedades, cunhou-se o termo Bioética, que como disciplina acadêmica surgiu em 1971 por Van Rensseler Potter. Apesar de várias teorias nortearem a Bioética, a teoria principialista, baseada nos quatro princípios – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – é a mais difundida.

No caso em questão, podemos vislumbrar duas situações distintas: erro médico e exemplos de atitudes antiéticas. Assim, na primeira cirurgia da paciente, há 7 anos, uma histerectomia de urgência, na qual fora deixada involuntariamente uma compressa na cavidade peritoneal, o primeiro médico cometeu um erro médico, ou seja, uma conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica capaz de produzir um dano à vida ou à saúde de outrem (SOUZA, 2020). Sobre esse fato, o Código de Ética Médica – CEM, no seu Capítulo III, artigo 1º, evidencia que é vedado ao médico *causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.*

Esse mal provocado pelo médico é considerado culposo por não ter havido intenção de cometê-lo (SOUZA, 2020). Essa citada situação de erro médico tipifica realmente a categoria de negligência médica, falta de cuidado ou precaução com que se executam certos atos médicos.

Com relação à segunda situação e em resposta à primeira questão provocativa, podemos considerar que o cirurgião cometeu uma atitude antiética ao acobertar o erro tipo negligência do colega da cirurgia anterior. Assim sendo, algumas assertivas do CEM, na parte que lida sobre a relação entre os médicos, especificamente nos artigos 50 e 57, esclarecem que é vedado ao médico *acobertar erro ou conduta antiética de médico e deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.*

Além disso, não acobertar o colega evitaria incorrer em uma segunda situação antiética, que foi não respeitar o direito da paciente em saber seu diagnóstico. No seu Capítulo I, inciso VI, o CEM exprime:

> 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.

Mais à frente, o CEM, no seu Capítulo V, da relação com pacientes e familiares, artigo 34, acrescenta que é vedado ao médico:

> 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.

Então, para guardar respeito àquela paciente e não acobertar tentativa contra a sua dignidade (CEM, Capítulo 1, inciso VI), bem como para fazer saber o paciente o seu verdadeiro diagnóstico (CEM, artigo 34), o cirurgião de plantão deveria ter informado o achado de gossipiboma à paciente (resposta à segunda questão provocativa).

Por fim, o terceiro fato que enseja discussão ética se refere à forma que o cirurgião utilizou para convencer/obrigar a circulante de sala a acobertar

toda a delicada situação (terceira questão provocativa). Novamente, o cirurgião incorreu em infração ética, haja vista que o CEM, em seu artigo 56, proíbe o médico de *utilizar sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.*

Podemos, assim, concluir que houve três infrações ao CEM cometidas pelo cirurgião: acobertar o erro do colega, não informar o diagnóstico correto à paciente e usar sua posição profissional para coagir a circulante de sala.

Referências

ALAYO, E.; ATTAR, B.; GO, B. A Case of Recurrent Abdominal Pain Due to a Gossypiboma With Spontaneous Resolution. C**linical Gastroenterology and Hepatology**, v. 8, n. 2, p. e13-e14, 2010. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2009.08.029. Acesso em: 14 fev. 2021.

AMARAL, L. S.; BORGES, O.; CORDEIRO, A. P.; MATOS, R. R. Corpo estranho intra abdominal: relato de caso. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, 2014, n. 1, p. 54-60.

BIROLINI, D. V. Experiências clínicas de cirurgiões brasileiros com a retenção inadvertida de corpos estranhos após procedimentos operatórios. 78p. **Tese de Doutorado**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2013.

BIROLINI, D. V.; RASSLAN, S.; UTIYAMA, E. M. Retenção inadvertida de corpos estranhos após intervenções cirúrgicas. Análise de 4547 casos. **Revista do Colégio Brasileiro dos Cirurgiões**, v. 43, n. 1, p. 12-17, 2016.

BRASIL. **Projeto de Lei no 4.742/2001**. Altera o Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar o assédio moral. 2001. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=28692. Acesso em: 18 jun. 2020.

CALLAHAN, D. Contemporary Medical Ethics. **New England Journal of Medicine**, v. 302, p. 1228-1233, 1980.

CARVALHO, M. G. *et al.* **Gossipiboma intra abdominal**: relato de casos. Revista Médica de Minas Gerais, n. 28, p. 1-6, 2018.

CASTIGLIONI, A. **História da Medicina**. Vol. 1: São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1947.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **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 de 2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. p. 108.

FERREIRA, I. do C. A. Condições de Trabalho da Enfermagem - Debatedor 2. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. esp, p. 74, 2016.

FRANÇA, G. V. de. **Direito Médico**. 16. ed. [S.l.]: Forense, 2019.

GIBBS, V. C.; COAKLEY, F. D.; REINES, H. D. **Preventable erros in the operating room**: retained foreing bodies after surgery – Part I. Current ploblems surgical, v. 44, n. 5, p. 281-337, 2007.

GOMES, J. C. M.; DRUMOND, J. G. F.; FRANÇA, G. V. **Erro Médico**. [S.l.]: Guanabara Koogan, 2002.

IGLESIAS, A. C.; SALOMÃO, R. M. Gossipiboma intra-abdominal: análise de 15 casos. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 34, n. 2, p. 105-113, 2007.

LANDMAN, J. **A ética sem máscara**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Dois S, 1985.

LEYMANN, H. The content and development of mobbing at work. **European Journal of Work and Organizational Psychology**, v. 5, n. 2, p. 165-184, 1996.

SOARES, N. A. A relação Médico-Paciente e o surgimento das demandas judiciais. **Revista Jurídica**, v. 15, n. 2, p. 1-18, 2016.

SOUZA, T. S. **Erro médico! Negligência, imprudência ou imperícia**. Consequências difíceis de serem apagadas. Disponível em: https://thiisouza.jusbrasil.com.br/artigos/602908888/erro-medico-negligencia-imprudencia-ou-impericia#. Acesso em: 01 out. 2020.

WAN, W. *et al.* Improving safety in the operating room: A systematic literature review of retained surgical sponges. **Current Opinion in Anaesthesiology**, v. 22, n. 2, p. 207-214, 2009.

Beneficência ou conflitos de interesse com clínicas

Gustavo Alves Aguiar[1]
Larissa Marrocos Fonseca[2]

José Pereira de Jesus (nome fictício), 57 anos, morador da zona rural, sexo masculino, de baixa renda familiar, sentia diariamente dor na região epigástrica e vomitava frequentemente, mas, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, esperou melhorar. Porém, após dois meses, teve um aumento progressivo da dor e, preocupado, recorreu a um gastroenterologista, pois pretendia solucionar os sintomas.

Durante o diálogo com o paciente, foram relatados pelo examinado a sua má alimentação, tanto relacionada à qualidade dos alimentos quanto ao horário desregulado para a sua realização, alcoolismo e uma rotina estressante. O médico preocupado com o reduzido horário para atender o volume de pacientes, não realizou de forma completa a anamnese e sinalizou que precisaria solicitar vários exames complementares, afirmando ser necessário para um diagnóstico correto e eficaz. O paciente questionou a necessidade de tantos exames, pois não possuía renda suficiente para efetuá-los. Em resposta ao paciente, o médico declara que "quanto mais exames, melhor será o diagnóstico".

O médico diz ao paciente que estará à sua disposição e que fará o possível para que as suas dores sejam solucionadas. Dando sequência a essa declaração, ele ainda indica/incentiva o paciente para que procure um laboratório específico, uma vez que, na sua concepção como médico, seria o único que conseguira dar o devido suporte para a realização dos exames complementares da consulta. Ressaltou, ainda, que, quando seus filhos, sua esposa e até mesmo ele próprio necessitavam de um laboratório de quali-

1 Acadêmico de Medicina na Universidade Tiradentes – UNIT.

2 Pediatra no Hospital Geral Roberto Santos. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Pediatria. Mestranda em Saúde e Ambiente peka Universidade Tiradentes. Docente na Universidade Tiradentes e preceptora do curso de Medicina UFS – Lagarto/EBSERH.

dade, era a esse que recorriam. E finalizou a consulta acrescentando: "ao chegar lá, entregue esse papel e os informe de que fui eu quem direcionei o senhor!"

Questões provocativas

O médico agiu de acordo com o Código de Ética Médica?
O médico atuou de acordo com o princípio bioético da beneficência?
Indicar o paciente a prestadores de serviços específicos é eticamente correto?

Discussão

De acordo com o caso apresentado anteriormente, é indispensável ressaltar a sua correlação com o Código de Ética Médica – CEM, publicado em 27 de setembro de 2018, dando enfoque ao artigo 68 do Capítulo VIII, em que se assinala que é vedado ao médico:

> "Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou **qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica**, qualquer que seja sua natureza" (grifo nosso) (CFM, 2019).

Dessa forma, o médico do caso em questão desrespeita o proposto no CEM quando se envolve em provável conflito de interesse financeiro, solicitando excesso de exames complementares, supostamente visando o aumento do seu lucro por meio da manipulação do paciente, estimulando-o a procurar um laboratório específico (CFM, 2018, p. 33).

Ao analisarmos mais uma vez o CEM no artigo 58 do Capítulo VIII, treslemos que **é vedado ao médico o exercício mercantilista da medicina** (grifo nosso). Desse modo, é evidente que a forma como o médico atua é, sem dúvida, antiética, desrespeitosa e egoísta, caso houvesse comprovação sobre um possível acordo com aquele laboratório (CFM, 2018, p. 33). É sabido que o médico deve visar ao máximo o benefício do paciente e acatar a autonomia deste, ou seja, é de responsabilidade do médico agir de acordo com o interesse do paciente (RODWIN, 2011). No caso em pauta, é notório que o médico não atuou conforme o princípio bioético da beneficência, pois os profissionais que fazem parte da área de saúde devem agir

de forma responsável, ética e humanizada com o seu paciente, ao invés de fazerem de sua profissão uma mercantilização. Lembramos, ainda, que o paciente o alertou sobre a sua parca condição financeira, e ainda assim o médico insistiu nas indicações de exames complementares que talvez fossem desnecessários, haja vista o médico não o ter ouvido adequadamente na anamnese e sequer ter feito um exame físico, apontando para mais uma infração certamente mais grave que a anterior, a negligência.

Como exposto por Carl Jung, conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, *mas, ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana* (*apud* GURGEL, 2014, p. 5). Por isso, o médico não é encarregado de tratar somente a doença do paciente, mas sim de olhar para este como um ser humano que vive sob a influência de um meio social, cultural, econômico e psíquico. Assim, é possível realizar uma correlação com o princípio bioético da beneficência, em que o médico deve maximizar o bem do seu paciente e agir exclusivamente em favor dos interesses deste (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005).

Hodiernamente, vivemos em uma sociedade capitalista, na qual o homem muitas vezes ultrapassa os princípios bioéticos para alcançar o lucro, sem nem mesmo analisar as consequências dessas atitudes. E prova disso são médicos e clínicas médicas que se aliam a empresas, como farmácias e laboratórios, tendo apenas como prioridade o ganho financeiro, ficando o paciente em segundo lugar.

De acordo com os estudos de Pimentel (2017), Lain Entralgo propõe o **princípio da obra bem-feita** (grifo nosso), preconizando que o médico através do seu intelecto deve sempre buscar o bem do seu paciente. Dessa forma, vale destacar que, a partir do momento em que o conflito de interesses passa a fazer parte do cotidiano do profissional, a relação médico-paciente acaba se tornando fragilizada. É notório que, no caso em questão, não houve atuação do médico de acordo com o princípio proposto por Entralgo, pois o médico provavelmente envolve-se com conflitos de interesses, enfraquecendo assim o laço entre o médico e o paciente e minando a confiança e a credibilidade na relação entre os dois. Desse modo, é evidente que o médico não atuou de forma ética e empática, caso haja a comprovação do conflito de interesse financeiro entre o médico e o laboratório indicado.

Vale frisar, ainda, que o artigo 24 do Capítulo IV do CEM ressalta que é *vedado ao médico deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de*

decidir livremente sobre a sua pessoa ou o seu bem-estar, bem como exercer a sua autoridade para limitá-lo.

O paciente tem sua autonomia, e o médico deve respeitar as escolhas do paciente, não devendo usar seu poder para manipular e guiar o paciente para nenhum laboratório, farmácia ou até mesmo fazer com que o paciente procure outro médico, sendo essa indicação realizada não pela opinião profissional, mas, talvez, por envolvimento afetivo/pessoal da relação entre os dois (CFM, 2018, p. 25).

Dessa forma, vale ressaltar que, para uma boa relação médico-paciente, é necessário que o médico se utilize do seu embasamento científico, tendo como intuito o melhor cuidado com o paciente, buscando sempre maximizar o benefício para este e o analisando de forma biopsicossocial e econômica, lembrando sempre que está tratando de vidas, de seres humanos, e não de meros objetos.

Comentário do especialista

Infelizmente, no caso do Sr. José Pereira, são observados erros sucessivos. A princípio, deixamos a nossa ética de lado quando passamos a praticar uma medicina baseada em critérios outros que não os preceitos clínicos. De forma semelhante, temos um exemplo de comercialização do atendimento.

É importante destacar que, apesar de serem de extrema valia na investigação clínica e no processo diagnóstico, os exames complementares não devem ser solicitados de maneira arbitrária. Devem, no entanto, ser entendidos como ferramenta de auxílio ao raciocínio clínico, facilitando a confirmação, ou não, daquilo que acreditamos que o paciente apresenta.

Reitera-se aqui a importância de uma excelente formação clínica baseada na escuta qualificada, anamnese minuciosa e abordagem do paciente de forma integral, compreendendo-o como produto do meio em que está inserido.

Nesse sentido, a anamnese é uma peça fundamental ao raciocínio clínico e deve ser prontamente aprendida e treinada, além de dever ser aplicada diariamente na nossa prática médica.

Como docente dos primeiros períodos da Faculdade de Medicina, sempre reforço aos nossos futuros médicos a importância de que jamais deixem sobrepor os exames complementares ao exame clínico. Esse é um conceito que deve ser reiterado desde cedo a fim de não comprometer o aprendizado futuro, afinal somos responsáveis por essa formação de qualidade.

Não obstante, não é o que vemos atualmente: observa-se uma sobreposição de preceitos, com supervalorização do exame complementar e subestimação da tão importante conversa com o paciente.

Ainda sobre esse caso, pode haver infração ao Código de Ética Médica. Conforme citado anteriormente, é vedada ao médico a comercialização de produtos de sua prescrição médica, bem como o exercício de atividade mercantilista.

Cito ainda que há infração ética ao solicitar ao paciente a aquisição de determinado serviço ou produto em local específico, desde que haja ganho secundário por parte do médico, conforme explicitado no art. 64 do Conselho Federal de Medicina – CFM:

> É vedado ao médico agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente atendido pelo sistema público de saúde ou dele utilizar-se para a execução de procedimentos médicos em sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais (CFM, 2019).

Ressalto que o paciente possui livre escolha para realizar exames complementares onde melhor lhe convém, bem como o médico prescritor pode orientar locais onde o paciente possa realizar tais exames, desde que não haja, em nenhuma hipótese, interesse financeiro secundário, pois isso, como já comentado, se caracterizaria como prática mercantilista da medicina.

Cresci escutando que exercer a medicina é um sacerdócio para toda a vida. Entretanto, até vivê-la percebi que é muito mais. É necessário muito mais amor, dedicação e abdicação pessoal em prol do outro. Trata-se de acolher e compreender a sua dor. É, muitas vezes, tomar para nós mesmos a realidade de nossos pacientes, ou seja, praticar diariamente a empatia: tratar o nosso paciente com responsabilidade; escutar mais que ouvir; saber depositar esperança e fé em uma vida muitas vezes já tão descrente.

Exercer a medicina é, ainda, saber tocar o paciente, perceber que um simples aperto de mãos pode fazer uma grande diferença e ser um verdadeiro encontro de almas. É saber que seremos abrigo para os nossos pacientes e seus familiares. É ter uma palavra de conforto, segurar o choro e ser forte ou, por vezes, também chorar junto, quando a situação solicitar. É sempre ver o paciente como um ser humano e compreender que devemos tratar o nosso igual como gostaríamos de ser tratados.

Por fim, não vivemos num cenário ideal, não temos ao nosso alcance as melhores tecnologias e/ou os melhores medicamentos disponíveis para todos como gostaríamos. Porém, conforme citado no início deste texto, os exames são complementares, diferentemente das boas práticas de ausculta qualificada, da visão integral do ser humano, do bom acolhimento e da abordagem biopsicossocial, que são peças fundamentais e indispensáveis no ato de cuidar.

Além do exposto, com o advento da pandemia pelo novo coronavírus, as relações, que já estavam tão frias, tornaram-se cada vez mais distantes. No entanto, ainda podemos fazer a diferença porque as relações continuam e devem continuar a ser relações humanas, sem distinção, de igual para igual. Assim, que atuemos diariamente com empatia, compaixão e amor e que estes sejam constantes em nossa caminhada diária. Que façamos sempre o nosso melhor e que a medicina seja exercida com responsabilidade, ética e zelo.

Referências

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **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 de 2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

GURGEL, C. A. D. R. C. Investigando o cuidado em equipe de enfermagem em uma UBS da cidade do Natal-RN. **Dissertação (Mestrado)** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, 2014.

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto contexto - enferm.** [online], v. 14, n. 1, p. 106-110, 2005. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000100014. Acesso em: 14 fev. 2021.

PIMENTEL, Déborah. **Relações e conflitos éticos na prática de médicos e enfermeiros**. 1. ed. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2017.

RODWIN, M. The **Heart of the Matter**: conflitos de interesse na profissão médica 2. ed.. [S.l.]: Furg, 2011. p. 39-54.

Conflitos de interesse entre médicos e indústria farmacêutica

Patrick Joaner Lobo Triarca[1]
Hesmoney Ramos de Santa Rosa[2]

Num pronto-socorro de Aracaju onde internos de Medicina realizam atividades práticas, chega um representante de um importante laboratório trazendo atualizações sobre a patologia tratada por seu medicamento mais vendido. O preceptor dos acadêmicos se empolga com a oportunidade de, junto aos alunos, receber novas informações de tratamento sobre a enfermidade. O representante, de maneira sagaz, resolve prender a atenção de todos oferecendo amostras grátis de medicações e brindes de papelaria, como blocos de anotações, canetas e marcadores de texto. Dois estudantes se empolgam e referem afinidade com a Ginecologia e Obstetrícia – GO, especialidade relacionada à medicação apresentada. O representante faz uma palestra para os alunos e, ao final da discussão, oferece um almoço a todos encomendado através de delivery.

Anos se passam. Aqueles dois estudantes do internato que se empolgaram com a visita do representante resolvem de fato seguir carreira na Ginecologia e Obstetrícia. Ainda novatos como especialistas, passam a prescrever a mesma substância contida na medicação de que receberam amostras há alguns anos. O primeiro, com ótima memória, ainda se lembrava daquela visita extraordinária do comissário do laboratório que os valorizara, mesmo não sendo prescritores na época. Hoje ele recomenda às suas pacientes a mesma medicação do fabricante representado naquela época, não por troca de favores, mas por sentir que ela sempre foi a melhor

1 Médico pela Universidade Federal de Sergipe

2 Médico especialista em Patologia da Coluna Lombar pela Escola Paulista de Medicina e especialização em Administração Hospitalar pelo Centro Universitário São Camilo. Especialista em Neurocirurgia pela Associação Médica Brasileira e mestrado em Saúde e Ambiente pela Universidade Tiradentes. Diretor da Universidade Tiradentes e Médico do Hospital Governador João Alves Filho.

opção. O segundo recém-especialista não se lembrava dessa visita e não prescrevia a fórmula daquele laboratório. Mas, após receber em seu consultório outro representante da mesma empresa, se recordou dos tempos de internato e se alegrou com o fato de que agora como ginecologista e obstetra seus agrados foram muito maiores, ganhando, inclusive, viagem para o mais importante congresso do ano na sua área.

Ambos os médicos se encontram no congresso ofertado pela empresa fabricante, e, numa roda de conversa com outros prescritores, entram num consenso sobre a boa eficácia da medicação. Desde então, eles prescrevem a famosa fórmula terapêutica. Nas rodas de conversa, ressaltam a importância da adesão ao tratamento pelas pacientes, trocando dicas de como convencê-las a usarem o referido medicamento da marca específica, já que são convictos de sua eficácia.

Questões provocativas

O contato de acadêmicos de Medicina, sujeitos não prescritores, com a indústria farmacêutica por meio de representante de vendas pode ser considerado adequado?

O fornecimento de brindes e outros benefícios ao profissional médico interfere em suas condutas?

Profissionais de Medicina que recebem presentes da indústria farmacêutica colocam em risco as suas relações médico-paciente?

Discussão

Os representantes da indústria farmacêutica são hábeis e bem treinados na arte da sedução e têm demonstrado que são capazes de qualquer coisa para aumentar o lucro sobre seus produtos, oferecendo somas em dinheiro e induzindo os médicos a procurarem novas formas de incrementar a venda. Quanto mais dinheiro a indústria gasta com promoção, mais consegue a fidelidade dos profissionais da área, o que leva a um questionamento importante: será que os médicos estão prescrevendo determinado medicamento porque nele confiam ou estão simplesmente satisfazendo a seus interesses comerciais? (MINNIGAN; CHISHOLM, 2006; MILLER, 2006; MINNIGAN; ROTONDO, 2006; CAMILLERI; CORTESE, 2007).

E essa busca ativa aos possíveis prescritores começa muito cedo, antes mesmo de eles se formarem como médicos. Uma revisão sistemática

revela que, quando perguntados sobre a conveniência de aceitar presentes da indústria farmacêutica, estudantes em diferentes períodos da graduação médica têm opiniões divergentes. Na maioria dos estudos, estudantes em seus anos de treinamento clínico, em que há maior contato com pacientes, consideram eticamente admissível aceitarem presentes de fabricantes de medicamentos. Na maioria das publicações, quase dois terços dos estudantes também relataram estar imunes ao viés induzido pelos presentes, promoções ou interações com representantes de vendas em geral. Embora digam isso, outros estudos revelam que há relação entre a exposição à indústria farmacêutica e atitudes positivas sobre ela (AUSTAD; AVORN; KESSELHEIM, 2011).

Há pesquisadores que defendem o contato do estudante com a indústria de medicamentos. Quan (2007) acredita que se, de um lado, a relação entre estudantes e a indústria farmacêutica pode ser perniciosa por haver conflito de interesses inerentes, do outro, o que deve ser discutido é se restrições dentro das faculdades seriam suficientemente convincentes para justificar a eliminação dos benefícios dessas interações.

Por outro lado, à medida que educamos os médicos sobre seu papel na vida dos pacientes, professores e alunos devem estar cientes do impacto potencial que aceitar presentes pode ter na relação médico-paciente (GREEN *et al.*, 2012). Já que as relações entre a indústria e o estagiário de Medicina inevitavelmente continuam após sua formatura, o ideal é dar educação para que o médico possa ter responsabilidade individual e ética com o paciente (PIMENTEL, 2017). Cabe aos médicos-educadores se perguntar o que desejam, como mentores, ensinar à próxima geração de profissionais e que legado e lembranças de suas próprias ações desejam oferecer (MINNIGAN; CHISHOLM, 2006; PIMENTEL; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011).

A American Medical Students Association – AMSA classificou que apenas 67% dos médicos norte-americanos consideram as políticas de conflito de interesses das escolas como "boas ou sólidas" ou acima disso (AMSA, 2014). A ausência desse item no currículo de formação pode estar associada a uma questão que exige análise mais detalhada.

Como a pesquisa médica ultrapassa o financiamento federal, muitos centros acadêmicos e pesquisadores são forçados a cultivar fontes alternativas de receita para apoiar a educação, a pesquisa e o atendimento ao paciente. Fontes alternativas de financiamento incluem a indústria, que aumenta a capacidade de concluir atividades e pesquisas. A indústria

farmacêutica subsidia bolsas educacionais que fornecem acesso a reuniões científicas, conferências e subsídios à pesquisa (BERAN, 2009). Diante de um cenário como esse, torna-se difícil educar contra uma relação em que as próprias instituições se veem subordinadas.

Nota-se uma situação desfavorável também fora do ambiente acadêmico. No Brasil, profissionais podem não encontrar o exemplo do rompimento com os conflitos de interesse em seus órgãos governamentais. Segundo Pimentel (2017), médicos apontam os gestores nos desmandos dos serviços de saúde e os acusam de receberem benefícios da indústria farmacêutica quando da aquisição de medicações em larga escala para as instituições. Dessa maneira, observa-se uma cascata de condutas questionáveis que, não por falta de exemplo, eternizam um processo que, ainda que questionado na teoria, se faz repetido na prática.

Vale salientar que não há nada que impeça as relações entre médicos e a indústria farmacêutica, ou até mesmo com as farmácias de manipulação:

> Cabe aos médicos saber identificar os conflitos de interesse existentes e ter capacidade de discernimento e julgamento para entender que, ao aceitar presentes e ou comissões, estão cometendo ato ilícito muito grave, pois que fere frontalmente os interesses do paciente (PIMENTEL, 2017).

É vedado ao médico exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza, conforme o art. 68 do Código de Ética Médica (CFM, 2018).

Quando os médicos aceitam presentes da indústria, isso tem implicações na relação médico-paciente e na gestão das relações médico-industriais. Enquanto muitos pacientes não sabem, nem se preocupam com interações dos médicos com a indústria, para os pacientes que se importam, presentes – particularmente aqueles de maior valor monetário – têm o potencial de minar um dos mais fundamentais aspectos da relação médico-paciente: a confiança (GREEN *et al.*, 2012).

A Australian Competition and Consumer Commission – ACCC mostrou em publicação na revista da própria instituição que os consumidores de medicações devem ser capazes de confiar nas decisões tomadas pelos

médicos e que elas não devem ser feitas levando apenas em conta seus próprios interesses, mas que respeitem os dos pacientes, isentos de qualquer potencial de influência, de benefícios ou de regalias. Diante disso, observa-se que o importante não é tanto a indústria farmacêutica em si, mas a avaliação, a prevenção e a gestão de conflitos de interesses e, principalmente, a questão da confiança dos pacientes em seus médicos e sua importância (TATTERSAL; KERRIDGE, 2006).

Nesse sentido, já há muito tempo percebe-se a influência que tal indústria mantém sobre os médicos, e a prescrição de medicamentos passou a ser vista com desconfiança pelos pacientes, uma vez que já têm conhecimento quanto às práticas que envolvem alguns conflitos de interesses (AASLAND; FORDE, 2004; STANDRIDGE, 2006).

Um estudo americano mostrando quais atividades específicas podem minar a confiança e quais não provocam isso mostrou que uma minoria de entrevistados queria saber se seu médico aceita presentes. No entanto, conforme o valor do presente aumentou, o percentual indicando que isso impactaria negativamente na confiança em seu médico também cresceu. Em outras palavras, os pacientes se preocupam mais com alguns presentes do que outros. Pequenos presentes, como blocos de notas e canetas, têm um efeito insignificante sobre a confiança, mas presentes de maior valor (aqueles > $ 100, como viagens, eventos esportivos etc.) aumentam a probabilidade da quebra de confiança dos pacientes no seu médico (GREEN *et al.*, 2012).

Desse modo, há a necessidade de que essa atividade seja transparente para os pacientes. Os médicos devem revelar os benefícios na troca com a indústria farmacêutica, e cabe ao paciente julgar se esse comportamento é aceitável ou não (VAITHIANATHAN, 2006).

Contudo, ainda que para os pacientes valores curtos pareçam importar menos, pesquisas revelam que mesmo os brindes mais simples oferecidos pelos representantes aos médicos são suficientes para conseguir a fidelidade destes. A indústria e as drogarias recebem, portanto, suas recompensas sob forma de lucros pelas vendas dos produtos. E os pacientes? Questiona-se o papel deles no jogo em que são obrigados a pagar a conta (ALPERT, 2005; KOMESAROFF, 2005; CAMILLERI; CORTESE, 2007; KASSIRER, 2007).

Não se pode negar que existem dois lados nessa relação. Um diz respeito à responsabilidade dos profissionais e alunos para com o paciente, e o outro, às formas de se pagar as benesses recebidas dos fabricantes farma-

cêuticos e que se traduzem na obrigação de se prescrever determinados medicamentos muito mais de acordo com os interesses da empresa do que com as necessidades reais dos pacientes (QUAN, 2007). Cabe lembrar que é natural a reciprocidade social quando há relações de amizade associadas a esses presentes, e o beneficiado tende a retribuir apoiando os produtos apresentados (JOST, 2010; KATZ; CAPLAN; MERZ, 2010).

Após três décadas de discussões sobre a melhor forma de regular a relação entre médico e indústria, em 1991 a Associação Médica Americana – AMA fez um Código de Ética Médica em que contempla a questão e introduziu algumas recomendações sobre a ética do recebimento de brindes pelos médicos. Como exemplo, não se deve aceitar qualquer presente se este não puder ser revertido para o benefício do paciente (admitem-se aqueles de pouco valor, até 100 dólares, como livros, mas nunca dinheiro); viagens, refeições e despesas com hospedagem não devem ser aceitos, exceto os que envolvem custo razoável e se realizados dentro da jornada de trabalho; bolsas de estudos e outras assistências são permitidas, contanto que o aluno seja escolhido pelos acadêmicos responsáveis pela instituição de ensino envolvida etc. (ROTONDO, 2006; STEINBROOK, 2008; GRANDE, 2009). Como conclusão, chegou-se à ideia de que a tentativa de autorregulação é muito lenta para mostrar mudança real, basicamente por dois motivos: primeiro, muitos médicos não seguem o Código de Ética Médica produzido pela AMA; segundo, pelo próprio código permitir recompensas no valor de 100 dólares, visto que tanto faz receber um grande presente ou um pequeno, o valor não importa, mas o efeito em quem o recebe, ou seja, a ideia de reciprocidade e retribuição inconscientes (GRANDE, 2009; JOST, 2010; ROTONDO, 2006; STEINBROOK, 2008).

A European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations – EFPIA determina alguns padrões básicos à publicidade dessas empresas, permitindo, por exemplo, que paguem viagem e hospedagem para médicos em encontros de educação continuada e patrocinem eventos da área em geral, porém proíbe de pagar quaisquer gratificações aos profissionais caso prescrevam seus medicamentos (JOST, 2010).

O Conselho Federal de Medicina – CFM e a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa – Interfarma, no Brasil, discutem a possibilidade de separar eventos da indústria da programação científica dos congressos médicos, ação que, se concretizada, merecerá elogios (PIMENTEL, 2010). Tem-se notícia também de que o CFM e a Interfarma estão revendo o

código de conduta da indústria, em vigor há dois anos, que na prática não gerou muitas mudanças. Com tais medidas saudáveis, mais autonomia terão os médicos em suas prescrições, e os beneficiados são os pacientes (PIMENTEL, 2017).

A American College of Physicians e a American Society of Internal Medicine divulgam diretrizes com o objetivo de sensibilizar os médicos quanto à influência da indústria farmacêutica em suas prescrições e recomendam que se questionem antes de aceitar doações e subsídios, considerando o que os pacientes pensariam sobre aquilo (FRYE, 2005; VAITHIANATHAN, 2006).

Fazer tais questionamentos não implica anular o contato com os fabricantes de medicamentos. A indústria farmacêutica se defende e diz que, dentre outros benefícios éticos, os representantes de vendas fornecem aos médicos informações sobre administração de medicamentos, regimes posológicos e formulação. Assim, as empresas farmacêuticas contribuem para a sociedade, garantindo ainda a preservação de empregos produtivos (BERAN, 2009). Já os médicos, na maioria dos estudos, demonstram não acreditar que as interações com os representantes de vendas farmacêuticos afetem seu comportamento de prescrição (FICKWEILER; FICKWEILER; URBACH, 2017).

Dessa maneira, a Organização Mundial da Saúde – OMS adota alguns critérios éticos para a promoção de medicamentos por representantes da indústria farmacêutica. Os representantes devem deixar à disposição de seus "clientes" (médicos, por exemplo) um cadastro que contém todas as informações necessárias sobre o produto oferecido; os representantes não devem oferecer incentivos aos prescritores de medicamentos, nem estes, por sua vez, se candidatarem para receber qualquer tipo de benefício da indústria; simpósios devem ser organizados por comissões científicas e não envolver a indústria farmacêutica na promoção dos eventos; quando um fabricante for o patrocinador de uma reunião, o patrocínio deve ser anunciado explicitamente, e devem ser evitados mimos e presentes como demonstração de hospitalidade, a menos que isso envolva o objetivo final do evento; o apoio aos profissionais em simpósios não pode objetivar a obrigação de anunciar qualquer medicamento (ROTONDO, 2006).

Ainda assim, palestras e simpósios patrocinados por empresas farmacêuticas influenciam o comportamento dos participantes, levando-os a prescreverem mais medicamentos do fabricante patrocinador sem evidência

suficiente, apoiando a superioridade desses medicamentos (ORLOWSKI; WATESKA, 1992; SPINGARN; BERLIN; STROM, 1996).

Num estudo brasileiro realizado com grupos de acadêmicos de Medicina de uma mesma instituição de ensino superior pública, em que o primeiro grupo teve contato com qualquer disciplina de ética durante a graduação e outro não teve nenhum contato, notou-se média superior de acertos do primeiro grupo em casos de conflitos de interesse que afetam a relação médico-paciente ao permitir à indústria farmacêutica influenciar a prática médica, promovendo interação ou dependência de medicamentos e equipamentos médicos específicos, seja lá qual for a sua natureza (GRAÇA *et al.*, 2019). Esse cenário evidencia algo fundamental: o papel da educação e do bom exercício da disciplina Ética Médica dentro das faculdades de Medicina para que situações como as descritas no caso exposto sejam mais bem conduzidas.

Dado o potencial de ações educacionais e institucionais, mensagens a serem neutralizadas pelo currículo oculto, mudanças devem ser direcionadas a professores e residentes que atuam como modelos para estudantes de Medicina. Essas mudanças podem ajudar a mudar a educação médica, deixando-a um passo mais perto de dois objetivos importantes: cultivo de fortes valores profissionais, bem como a promoção do respeito aos princípios científicos e a revisão crítica de evidências que posteriormente informarão a tomada de decisão clínica e a prescrição prática (AUSTAD; AVORN; KESSELHEIM, 2011).

Comentário do especialista

No Brasil, não é permitida a divulgação de remédios de forma livre ao público leigo porque seu uso equivocado representa danos à saúde. Portanto, o alvo número um da indústria farmacêutica é, direta ou indiretamente, o médico. Em face disso, seria ilegal a tentativa de repassar informações ao estudante de Medicina sem a presença de um médico tutor, preceptor ou docente.

Resolução de 2009 da Anvisa determina que "as amostras grátis de medicamentos somente podem ser distribuídas pelas empresas aos profissionais prescritores (médicos e dentistas)". Também só podem ser distribuídas "mediante aceitação documentada" dos profissionais.

Os representantes farmacêuticos possuem a função de levar à classe médica conhecimento sobre os medicamentos novos no mercado, seus

benefícios e suas utilidades. No entanto, nem sempre utilizam apenas as palavras como artifício para tal finalidade.

Pensamos que, desde que acompanhado de um profissional prescritor, a abordagem no ambulatório para apresentar ou divulgar algum produto médico relacionado à especialidade do médico tutor não é um procedimento ilegal, segundo nossas leis.

O oferecimento de vantagens em troca da aceitação de certos produtos tem se tornado cada vez mais constante, cabendo ao prescritor avaliar se as propostas são apropriadas e devem ser acatadas.

A Resolução da Diretoria Colegiada – RDC no 102/00 da Anvisa proíbe que seja oferecido pelos propagandistas qualquer tipo de premiação ou privilégio que possa incentivar o profissional a prescrever os medicamentos da empresa futuramente.

A lei especifica que as visitas devem objetivar a explanação de informações científicas e características do produto farmacêutico.

O Conselho Federal de Medicina também proíbe, através de seu Código de Ética Médica, qualquer benefício advindo de laboratórios e empresas ou patrocínios financeiros, vetando esse tipo de prática, afirmando que a Medicina não pode ser exercida como comércio, além de apontar que o trabalho médico não deve ser explorado por terceiros visando lucro. Apesar de o ato não ser considerado crime, é fundamental respeitar essas normas, pois elas regem o exercício legal da profissão médica.

Muitos profissionais já estão acostumados com esse tipo de abordagem realizada por alguns profissionais da indústria farmacêutica; sendo assim, sabem ponderar suas decisões e são conscientes de que o oferecimento de vantagens em troca de prescrição não deve ser aceito.

Por outro lado, como em toda profissão, existem aqueles já mal-acostumados ou que se deixam atrair pelas propostas feitas por profissionais inescrupulosos e se tornam vítimas da indústria farmacêutica/equipamentos.

Com exceção das amostras grátis legalizadas e com aceitação por escrito do prescritor, qualquer outro "presente" poderá influenciar na conduta profissional, na escolha de determinado medicamento, prótese, órtese ou qualquer outro equipamento médico.

Na eventualidade de qualquer complicação nos procedimentos médicos e em suas prescrições, toda e qualquer responsabilidade cível será do profissional executor, respondendo na justiça comum e em seu conselho profissional.

Cabe então ao prescritor realizar uma avaliação criteriosa daquilo que foi exposto, evitando a aceitação prontamente da opinião dos divulgadores da indústria farmacêutica e hospitalar, colocando sempre em primeiro lugar o seu cliente.

Lembrando também que, ao adotar determinados medicamentos ou procedimentos sem certificar a real eficácia deles, a saúde de todos os clientes que tiveram a indicação do remédio é colocada em risco. Isso afetará diretamente sua reputação, uma vez que a responsabilidade pela prescrição é exclusivamente do médico ou do odontólogo.

O assédio dos propagandistas da indústria farmacêutica e hospitalar pode e deve ser limitado a critérios éticos e legais, deixando bem claro que não existe nenhum interesse em se obter qualquer tipo de vantagens no uso ou na prescrição de seus medicamentos ou produtos hospitalares.

Os profissionais de saúde e a indústria não são concorrentes, mas devem, sim, trabalhar em conjunto para o bem maior da humanidade.

Referências

AASLAND, O. G.; FØRDE R. Legers holdninger og praksis i forhold til legemiddelindustrien. **Medisin og vitenskap**. Tidsskrift Nor Laegeforen, v. 124, n. 20, p. 2603-2606, 2004.

ALPERT, J. S. Doctors and the drug industry: how can we handle potential conflicts of interest? **The American Journal of Medicine,** Amsterdã, v. 118, n. 2, p. 99-100, feb. 2005.

AMERICAN MEDICAL STUDENTS ASSOCIATION. **AMSA**: PharmFree Scorecard. 2014. Disponível em: http://www.amsascorecard.org/executive-summary. Acesso em: 10 jul. 2020.

AUSTAD, K. E.; AVORN, J.; KESSELHEIM, A. S. Medical Students' Exposure to and Attitudes about the Pharmaceutical Industry: A Systematic Review. **PLOS Medicine**, v. 8, n. 5, p. e1001037, 2011. doi:10.1371/journal.pmed.1001037. Acesso em: 14 fev. 2021.

BERAN, R. G. Doctors and pharmaceutical industry. **Med Law**, v. 28, p. 541-55, 2009.

CAMILLERI, M.; CORTESE, D. A. Managing conflict of interest in clinical practice. **Mayo Clinic Proceedings**, Amsterdã, v. 5, n. 82, p. 607-14, maio 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Código de Ética Médica**. Resolução nº 2.217/2018. Brasília, DF: CFM, 2018.

FICKWEILER, F.; FICKWEILER, W.; URBACH, E. Interactions between physicians and the pharmaceutical industry generally and sales representatives specifically

and their association with physicians' attitudes and prescribing habits: a systematic review. **BMJ Open**, v. 7, p. e016408, 2017. doi:10.1136/ bmjopen-2017-016408. 2017. Acesso em: 14 fev. 2021.

FRYE, C. B. Disclosing conflicts of interest involving clinicians who prepare therapeutic guidelines. **American Journal of Health-System Pharmacy**, [S.l.], v. 62, n. 4, p. 361, feb. 2005.

GRAÇA, V. B. A. *et al.* Conhecimento sobre ética médica e resolução de conflitos na graduação. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 4, oct./dec. 2019.

GRANDE, D. Limiting the Influence of Pharmaceutical Industry Gifts On Physicians: Self-Regulation or Government Intervention? **The Journal of General Internal Medicine**, Nova York, v. 25, n. 1, p. 79-83, set. 2009.

GREEN, M. J. Do gifts from the pharmaceutical industry affect trust in physicians? **Family Medicine**, v. 44, n. 5, p. 325-331, 2012.

JOST, T. S. Oversight of Marketing Relationships Between Physicians and the Drug and Device Industry: A comparative Study. **American Journal of Law of Medicine**, Massachusetts, v. 36, n. 2-3, p. 326-42, 2010.

KASSIRER, J. P. When physician-industry interactions go awry. **Journal of Pediatrics**, Amsterdã, v. 149, n. 1, p. 43-6, jul. 2006.

KATZ, D.; CAPLAN, A. L.; MERZ, J. F. All gifts large and small: toward an understanding of the ethics of pharmaceutical industry giftgiving. **The American Journal of Bioethics**, Pennsylvania, v. 10, n. 10, p. 11-17, oct. 2010.

KOMESAROFF, P. A. Ethical issues in the relationships with industry: an ongoing challenge. New Guidelines open for public comment. **Journal of Paediatrics and Child Health**, Nova York, v. 41, n. 11, p. 558-60, jul. 2005.

MILLER, J. D. Conflict-of-interest spurs new rules, not consensus. J**ournal of the National Cancer Institute**, v. 98, n. 23, p. 1678-1679, dec. 2006.

MINNIGAN, H.; CHISHOLM, C. D. Conflict of interest in the physician interface with the biomedical industry. **Emergency Medicine Clinics of North America**, Amsterdã, v. 26, n. 3, p. 671-85, ago. 2006.

ORLOWSKI, J. P.; WATESKA, L. The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. There's no such thing as a free lunch. **Chest**, p. 102-270, 1992.

PIMENTEL, D. Hora do recreio nos eventos médicos. Blog. **Cinform online**. Disponível em: http://www.cinform.com.br/blog/deborahpimentel/25620108392054244. Acesso em: 10 jun. 2020.

_____. Relações e conflitos éticos na prática de médicos e enfermeiros. Brasília: CFM, 2017. 388p.

PIMENTEL, D.; OLIVEIRA, C. B.; VIEIRA, M. J. Teaching of Medical Ethics: Students' perception in different periods of the course. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 139, p. 36-44, 2011.

QUAN, S. F. Doctor, do you have a minute? The dilemma posed by physician interaction with the pharmaceutical industry. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, Darien, v. 3, n. 4, p. 345-346, jun. 2007.

ROTONDO, M. T. Relaciones profesionales: conflictos de intereses. **Revista Médica del Uruguay,** Montevideo, v. 22, n. 2, p. 88-99, mayo 2006.

SPINGARN, R. W; BERLIN, J. A.; STROM, B. L. When pharmaceutical manufacturers' employees present grand rounds. What do residents remember? **Acad Med**, v. 71, p. 86-88. 1996.

STANDRIDGE, J. B. Of doctor conventions and drug companies. **Family Medicine**, Leawood, v. 38, n. 7, p. 518-520, 2006.

STEINBROOK, R. Disclosure of Industry Payments to Physicians. **The New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 359, n. 6, p. 559-561, aug. 2008.

TATTERSALL, M. H. N.; KERRIDGE, H. Doctors behaving badly? **Medical Journal of Australia**, Strawberry Hills, v. 185, n. 6, p. 299-300, sep. 2006.

VAITHIANATHAN, R. Better the devil you know than the doctor you don't: is advertising drugs to doctors more harmful than advertising to patients? **Journal of Health Services Research & Policy**, Thousand Oaks, v. 11, n. 4, p. 235-239, oct. 2006.

Testemunhas de Jeová e anemia falciforme

Letícia Gabriella Aragão Lima Santos[1]
Rosana Cipolotti[2]

Enzo Gabriel Soares Rocha, sexo masculino, 3 anos, natural e procedente de Aracaju-SE, é admitido no departamento de emergência do Hospital de Urgências de Sergipe – HUSE, trazido pelo SAMU, tendo sido vítima de trauma abdominal contuso há cerca de 40 minutos, após queda de estante sobre o menor. Ao exame físico, encontrava-se com rebaixamento do nível de consciência, sob ventilação invasiva com tubo orotraqueal, abdome distendido e sinais vitais sugestivos de hipovolemia. O garoto, segundo a família, tem diagnóstico de anemia falciforme desde os dois meses de vida e faz uso diário de Hidroxiureia. Fora consenso entre a equipe médica assistente a necessidade de uma laparotomia exploratória em busca de lesões orgânicas responsáveis pelo estado grave do paciente. Diante da estimada perda volêmica significativa e dos níveis prévios de hemoglobina provavelmente baixos por conta da comorbidade, também foram requisitadas bolsas de sangue, a serem transfundidas durante o ato operatório, caso fosse necessário. Quando informados da necessidade de cirurgia e possível hemotransfusão, os pais do garoto alegaram ser testemunhas de Jeová e negaram veementemente a oferta de hemoderivados ao filho. Após breve conversa e explanação dos riscos dessa decisão familiar, os responsáveis por Enzo se mostraram irredutíveis e profundamente angustiados com a possibilidade da conduta. Os médicos, no entanto, deixaram claro que, se houvesse necessidade, procederiam à transfusão sanguínea. Diante do hemograma realizado ainda no pré-operatório, cujos níveis de hemoglobina

1 Médica pela Universidade Federal de Sergipe.

2 Pediatra onco-hematologista. Graduação, mestrado e doutorado pela faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP. Pós-doutorado pela Escola de Medicina Tropical da Universidade de Liverpool - Reino Unido. Professora Titular do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – UFS.

foram de 6 mg/dL, e da grande perda sanguínea no transcorrer da operação, foi optado pela administração de bolsas de sangue à criança.

Questões provocativas

O profissional médico teria respaldo em ir de encontro à decisão familiar?
Como a crença do paciente e seus familiares afeta a conduta médica?
A família tem poder de decisão quando o paciente é menor?

Discussão

É sabido que uma das desordens genéticas mais prevalentes no mundo é a anemia falciforme. Trata-se de uma hemoglobinopatia caracterizada pela presença, em homozigose, de um gene mutante codificador da beta-globina. Como resultado, tem-se hemoglobinas que facilmente se polimerizam diante de baixas tensões de oxigênio, como aquelas apresentadas pelos leitos microvasculares. As alterações estruturais nessa proteína tão importante promovem perturbações nos eritrócitos, que se tornam estrutural e funcionalmente prejudicados (REES; WILLIAMS; GLADWIN, 2010).

Dessa forma, entende-se que a fisiopatologia da doença gira em torno das modificações arquiteturais e bioquímicas a nível de célula vermelha sanguínea e da vaso-oclusão que ocorre, inevitavelmente, pelo aprisionamento das células disfuncionais. Isso porque, além de menos flexíveis, os eritrócitos, assim como os leucócitos, adquirem maior adesividade à parede vascular devido ao estado inflamatório a que frequentemente esses indivíduos são submetidos.

Dentre as complicações mais importantes, pode-se destacar a anemia hemolítica e a vasculopatia, ambas contribuindo para a ocorrência de crises álgicas, dor crônica, fadiga, úlceras de membros inferiores e condições cirúrgicas, como a colelitíase. Nas crianças, um dos grandes problemas é a doença cerebrovascular e o déficit cognitivo que muitas vezes a acompanha (REES; WILLIAMS; GLADWIN, 2010).

No entanto, as manifestações da anemia falciforme não se limitam às anteriores e podem acometer qualquer órgão, definindo-a como uma comorbidade multissistêmica que afeta tanto a qualidade de vida quanto a longevidade de seu portador. Quando diagnosticada precocemente, as crianças podem não experimentar os sintomas mais graves da doença,

desde que recebam tratamento também de forma precoce, o que comumente inclui a administração diária de Hidroxiureia. A droga, que é a única aprovada para essa finalidade, tem por função o aumento dos níveis de hemoglobina fetal (HbF) e, assim, a redução do percentual de hemoglobina S (HbS), a responsável pela gênese de todo o problema. Associada à medicação, esses pacientes podem necessitar de transfusão sanguínea, seja em caráter de urgência em condições agudas, seja em caráter profilático. No primeiro caso, está indicada a administração de hemoderivados diante de exacerbação da anemia, síndrome torácica aguda, acidente vascular encefálico isquêmico, déficit neurológico agudo, falência orgânica múltipla e perioperatório. Tem como benefícios a correção dos níveis de hemoglobina, a redução da parcela de HbS e a redução da taxa de hemólise (REES; WILLIAMS; GLADWIN, 2010).

Diante de todo o potencial mórbido conferido pela doença de base do paciente em questão, torna-se evidente que a necessidade de hemotransfusão é uma possibilidade real. Seja pela anemia severa, com hemoglobina abaixo de 7 mg/dL, seja pela perda volêmica importante decorrente do trauma, é muito provável que a criança venha a precisar de sangue. Isso porque, apesar das exaustivas tentativas para se encontrar uma alternativa adequada aos hemoderivados, as modalidades desenvolvidas até o momento se mostraram inferiores. Os carreadores artificiais de oxigênio, por exemplo, podem ser usados para promover oxigenação tecidual em situações de anemia crítica, mas apenas como medida temporária (CROWE; DESIMONE, 2019). Apesar de não ser isenta de riscos, podendo acarretar aloimunização, sobrecarga de ferro e até mesmo processos infecciosos, a transfusão sanguínea permanece com papel fundamental na prevenção de complicações agudas e crônicas da anemia falciforme, especialmente aquelas associadas ao perioperatório (HOWARD, 2016).

Ainda que sejam claros os benefícios e as indicações dos hemoderivados para a criança do caso estudado, a conduta médica esbarra num importante conflito ético: a recusa dos pais por motivos religiosos. As testemunhas de Jeová, amplamente conhecidas por esse posicionamento, consistem em um grupo religioso derivado de estudos bíblicos desenvolvidos por Charles T. Russell. Diferentemente de outros grupos, têm como peculiaridade a priorização da racionalidade e da segurança, ao mesmo tempo que valorizam pouco a independência, preocupando-se muito mais com a filiação à comunidade em detrimento de sua autonomia durante as tomadas de

decisão. Por isso, para os seus membros, a fé assume uma dimensão primária em sua identidade. No que diz respeito à administração de hemoderivados, as testemunhas consideram, baseadas em passagens bíblicas, uma atitude de desrespeito à lei divina. O impacto de tal acontecimento é tão relevante na vida daqueles que creem que já em 1961 havia uma política de afastamento dos membros que aceitassem a transfusão. Essas pessoas não só eram impedidas de congregar, como também excluídas do círculo social do qual faziam parte. Há alguns anos, a conduta adotada pelo grupo vem se modificando e se tornando mais flexível, mas o assunto ainda é um tabu, e aqueles que recebem sangue permanecem sendo vistos como verdadeiros párias (HOFFMAN, 2016).

Resguardar a vida desses pacientes sem desrespeitar suas crenças e sua integridade físico-espiritual quando diante da necessidade de hemotransfusão tem sido um desafio de longa data. Isso porque a decisão de proceder ou não à transfusão instaura um conflito entre garantias fundamentais previstas na Constituição. Se, por um lado, a Carta Magna entende a liberdade religiosa como um direito fundamental, através do qual o homem busca suas bases espirituais e morais que dão sentido à vida, de outro, o mesmo documento estabelece o direito à vida. Ainda que não haja regras específicas para a resolução de tal confrontamento, cabe a interpretação de que o direito à vida substancialmente se sobrepõe, tanto por ser considerado o mais básico dos direitos, comportando-se inclusive como pré-requisito para todos os demais, quanto pelo entendimento de que nenhuma das garantias é absoluta. Dessa forma, a liberdade religiosa encontra limitações nos demais direitos igualmente consagrados na Constituição (FREITAS; GUIMARÃES, 2017).

Em se tratando de indivíduos menores, a assertiva da vida sobre a crença religiosa ganha ainda mais força em virtude da proteção especial à criança e ao adolescente conferida pelo Estado. Apesar de não haver órgão regulamentador ou diretrizes específicas que forneçam norteamentos, é predominante nos tribunais brasileiros e internacionais a proteção à criança cujos pais testemunhas de Jeová recusem a oferta de sangue em condições em que essa modalidade terapêutica se faça imprescindível (FREITAS; GUIMARÃES, 2017). Países como Estados Unidos, Canadá, Inglaterra e Austrália advogam a favor de que as objeções parentais sejam respeitadas, com exceção das situações em que a segurança do menor esteja em risco (HOFFMAN, 2016). No Brasil, entende-se que o poder familiar não é

absoluto e que os pais e/ou responsáveis não podem impedir procedimentos que venham a salvaguardar a vida do menor, baseado sobretudo no fato de que a vida da criança e do adolescente não interessa apenas ao núcleo familiar, mas à toda sociedade. É evidente que as decisões judiciais variam em cada caso, conforme as particularidades de cada acontecimento, mas é homogênea a prerrogativa de que o profissional médico deve prestar todas as intervenções que julgar necessárias para salvar o paciente sob risco iminente de morte (FREITAS; GUIMARÃES, 2017).

Ademais, conforme previsto pelo Código de Ética Médica em seu artigo 5º, é vedado ao médico deixar de usar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente (CFM, 2019). A premissa é consonante com os princípios de beneficência e não maleficência, pilares da bioética, que em suma defendem o exercício da Medicina em favor do melhor para o paciente, compreendido em sua integralidade física, mental e social (BRASIL, 2010).

Sendo assim, percebe-se que não obstante a importância dos valores pessoais do paciente e de seus familiares, bem como a participação de ambos na tomada de decisão terapêutica em circunstâncias críticas em que há ameaça à vida, cabe à assistência médica decidir as medidas a serem tomadas, sem que haja infração ou desrespeito aos preceitos éticos.

Comentário do especialista

O caso clínico apresenta um paciente pediátrico, portador de anemia falciforme, que sofreu um trauma abdominal fechado e chegou ao setor de emergência de um hospital levado por uma ambulância, em uso de tubo orotraqueal e com sinais sugestivos de choque hipovolêmico. Ao ser consultada, a família informou que não autorizaria eventual transfusão de concentrado de hemácias por questões religiosas.

Pacientes com doenças hematológicas crônicas, assim como aqueles com doenças oncológicas e as vítimas de traumas graves, são os principais candidatos à utilização de transfusão de hemocomponentes. Algumas vezes a orientação religiosa leva o paciente a não autorizar a transfusão, e a conduta médica deve ser individualizada, sempre tendo como meta a proteção da vida e, ao mesmo tempo, da autonomia.

As dificuldades são maiores quando se trata de paciente pediátrico, já que o princípio bioético da autonomia não se aplica integralmente aos

indivíduos com idade inferior a 18 anos, ainda que se deva sempre ouvir e ter em conta seus desejos e percepções. Assim, os responsáveis diretos por crianças e adolescentes que recebem o diagnóstico de uma doença hematológica crônica como a anemia falciforme são informados, entre outros pontos, sobre a eventual necessidade de hemotransfusão ao longo da evolução da doença. Quando se trata de doença oncológica, procede-se de forma semelhante, reforçando-se, no caso das leucemias e dos linfomas, que a probabilidade de vir a necessitar de transfusão é bastante elevada. Acrescente-se que a proibição religiosa envolve, além da utilização de transfusão de sangue, também o transplante de órgãos e tecidos.

A interface entre opção religiosa do responsável e tomada de decisões com relação ao tratamento se torna mais conflituosa quando apenas um dos responsáveis segue a religião em questão. O conflito familiar, mais intenso quanto maiores a urgência e a morbimortalidade relacionada ao procedimento, acrescenta contornos dramáticos a um quadro, já por si só, de bastante tensão e angústia para o paciente, os familiares e a equipe.

Existem artigos que avaliam o impacto do conflito na tomada de decisão quanto à transfusão de hemocomponentes e transplante de órgãos e tecidos. Neles, o tempo decorrente entre a comunicação à família a respeito da necessidade do procedimento e a execução do procedimento, à revelia de um ou mais familiares, é significativamente maior do que nos casos em que existe a autorização da família, independentemente de existir ou não conflito religioso. Por outro lado, a mortalidade no grupo com conflito religioso é significativamente maior, independentemente do tempo decorrente entre a comunicação e a autorização ou negativa. Os autores concluíram que o conflito religioso impactou negativamente na sobrevida não apenas nos momentos críticos, nos quais atrasa a realização do procedimento, como também retarda a chegada do paciente ao hospital pelo temor do responsável de enfrentar uma, por vezes mais uma, situação conflituosa com a equipe assistencial.

A opção da equipe assistencial deve sempre ser aquela com maior probabilidade de garantir a sobrevivência e a qualidade de vida do paciente. É importante, entretanto, destacar que as crianças, e especialmente os adolescentes, que tenham sido criados em lares com elevado comprometimento familiar com os ditames da religião tendem a relutar em aceitar receber a transfusão de hemocomponente ou o transplante de órgão ou tecido, tanto para não desagradar ao responsável que recusa o procedimento quanto

para não agravar o conflito entre parentes com posições antagônicas sobre a transfusão ou o transplante, como também, e de maneira muitas vezes bastante intensa, por não suportar viver em desacordo com os preceitos religiosos que lhe foram impostos durante toda a vida.

A circunstância de risco iminente de morte, no entanto, confere à equipe a opção, e também a obrigação, de atuar contrariamente à decisão do responsável pelo paciente e administrar o hemocomponente. O equivalente a essa situação quando o procedimento em questão é o transplante de órgãos e tecidos é aquele em que o transplante ocorre por determinação judicial em prol da proteção à vida da criança ou do adolescente. Ocorre que, como tanto a transfusão de hemocomponentes quanto o transplante são procedimentos complexos e não isentos de riscos, pode haver reação transfusional adversa ou complicações imediatas ou crônicas ao transplante, as quais, eventualmente, podem levar à morte do paciente. Uma complicação dessa natureza, ocorrendo em um ambiente já conflituoso pela falta de acordo entre equipe e familiares, conduz à situação paradoxal de o procedimento realizado para salvar a vida do paciente, em última análise, resultar na sua morte.

Como regra geral, deve-se sempre buscar estabelecer uma boa relação entre médico, paciente e familiares, baseada em confiança, confidencialidade e honestidade. Deve-se reiterar o compromisso de somente indicar transfusão de hemocomponentes ou transplante de órgãos ou tecidos quando não houver alternativa mais conservadora que possa ser utilizada em prol da manutenção da vida e da recuperação da saúde do paciente. Deve-se registrar todas as informações em prontuário, bem como as tentativas infrutíferas de consenso. Por outro lado, especialmente quando o risco de morte for iminente, o procedimento indicado não deve ser retardado, sempre com todas as medidas que garantam a segurança do paciente, e realizado pelo profissional mais habilitado da equipe.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Especialização em Saúde da Família**: Módulo Biotética. Brasília, 2010. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4363350/course/section/2089868/bioetica%205.1.pdf.

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

CROWE, E. P.; DESIMONE, R. A. Transfusion support and alternatives for Jehovah's Witness patients. **Curr Opin Hematol**, v. 26, n. 6, p. 473-479, 2019. doi:10.1097/MOH.0000000000000535.

FREITAS, M. K. L.; GUIMARÃES, P. B. V. Direito à vida frente à liberdade de crença religiosa: uma análise jurídica da recusa à transfusão de sangue em testemunhas de jeová. **Revista FIDES**, v. 7, n. 1, 29 dez. 2017.

HOFFMAN, A. Jehovah's Witness parents' refusal of blood transfusions: Ethical considerations for psychologists. **J Health Psychol**., v. 21, n. 8, p. 1556-1565, 2016. doi:10.1177/1359105314558896.

HOWARD, J. **Sickle cell disease**: when and how to transfuse. Hematology Am Soc Hematol Educ Program, v. 2016, n. 1, p. 625-631, 2016. doi:10.1182/asheducation-2016.1.625.

REES, D. C.; WILLIAMS, T. N.; GLADWIN, M. T. Sickle-cell disease. **The Lancet**, v. 376, 2018-2031, 2010. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014067361061029X.

Emissão de declaração de óbito: escolha ou obrigação?

Vinícius Antônio Santos Aragão[1]
Gilberto Bezerra Ribeiro[2]

Em um sábado de sol, a Unidade de Suporte Avançado do SAMU é deslocada para o atendimento de um idoso com dificuldade respiratória, em ortopneia. Em cena, é encontrado J.Q.R., 74 anos, acompanhado do neto no quarto daquele. O paciente estava dispneico, com sinais de esforço respiratório, apresentando cianose orofacial e de extremidades com SpO2 83%. Apresentava abdome globoso, e seu neto relata que o paciente não consegue urinar há mais de um dia. Foi decidido levá-lo para a viatura a fim de estabilizar e controlar a via aérea, tendo optado por uma intubação em sequência rápida (fármaco induzido). Durante o procedimento, ao abaixar o decúbito do paciente, foi observado grande retorno de conteúdo estomacal, o que limitou e dificultou a observação da via aérea à laringoscopia, o que dificultou a obtenção dela. O procedimento foi tentado diversas vezes, porém sem sucesso. Após 6 minutos de tentativa, o pulso central do paciente não era mais palpável. Foi iniciado, então, o protocolo de PCR (parada cardiorrespiratória). Após 45 minutos de ressuscitação, o ritmo se manteve em assistolia e foi confirmado o óbito do paciente. A equipe decidiu envolver o corpo do paciente com seus lençóis e o levou de volta ao seu quarto, deixando-o na cama em que foi encontrado inicialmente. Ao ser questionado pela viúva do paciente, aos prantos, se poderia emitir a Declaração de Óbito, o médico da equipe informou que não estava autorizado, devendo a família contatar o serviço funerário, que cuidaria dos procedimentos legais.

1 Médico pela Universidade Federal de Sergipe - UFS.

2 Graduação em medicina pela UFS. Especialista e doutorando em Bioética pela Universidade do Porto. Membro da Associação Latino-americana de Direito Médico. Professor Assistente do Departamento de Medicina da UFS. Membro da SBOC. Perito Judicial.

Questões provocativas

A viúva estava certa ao solicitar que o médico preenchesse a Declaração de Óbito – DO?

Não seria uma transferência de responsabilidade negar a emissão da declaração de óbito e informar que outro órgão cuidará do procedimento?

Há transgressões além da esfera tratada pelo Código de Ética Médica?

Discussão

O trato sobre documentos médicos é sempre alvo de uma polêmica especial. Inclusive, há um capítulo no Código de Ética Médica destinado a esse tema. Trata-se do *Capítulo X: Documentos Médicos* (CFM, 2019).

Inicialmente, é necessária atenção a uma questão básica da prática médica assistencial sobre a possibilidade de o médico se negar a emitir algum documento referente ao atendimento quando solicitado pelo paciente ou por um representante legal. O artigo 91 do Código de Ética Médica trata especificamente dessa questão:

> É vedado ao médico deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal (CFM, 2019).

O artigo deixa claro que, quando solicitado pelo paciente, ou por seu representante legal, o médico é obrigado a emitir um documento. Tal aspecto é válido, por exemplo, para um Atestado, um Relatório Médico e uma Declaração de Óbito. Portanto, sim, a senhora do caso em questão estava no seu direito de solicitar a emissão da DO.

Após isso, outra questão pode sobressair: como há órgãos específicos para o atestado e investigação do óbito, o médico não poderia deixar de emitir a DO para que a morte fosse mais bem investigada por outro órgão, como o Serviço de Verificação de Óbitos – SVO ou o Instituto Médico Legal – IML?

Há, no mesmo capítulo citado acima, um artigo que pode elucidar o questionamento. Trata-se do artigo 84:

> É vedado ao médico deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta (CFM, 2019).

Como visto no caso relatado, a equipe não tardou em prestar a assistência imediata que o paciente demandava. Portanto, isso faz dessa a equipe assistente. Por conseguinte, o médico não tinha sequer o direito de deixar de atestar o óbito, já que o paciente estava sob seus cuidados.

Existe ainda um documento da Secretaria de Vigilância em Saúde que trata especificamente da Declaração de Óbito e, em seus fluxogramas que guiam a emissão da DO, deixa claro que o atestado deve ser emitido pelo SVO quando há uma morte natural sem uma assistência médica direta (BRASIL, 2011).

Um adendo: como se tratou de uma causa natural, sem indícios suspeitos de morte violenta, o corpo não será encaminhado ao IML.

Há, no Código de Ética Médica, um capítulo que trata da transferência de responsabilidade: *Capítulo III: Responsabilidade Profissional* (CFM, 2019). Em específico, o artigo 4º traz esse conceito:

> É vedado ao médico deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal (CFM, 2019).

O médico é o maior responsável por seu paciente e pelos atos praticados! Nesse caso, até mesmo os procedimentos podem ter causado a morte do paciente. Não há dúvidas de que houve falha nessa condução. Inclusive, ao não emitir a DO, é transferida a outro profissional a responsabilidade sobre o caso.

É um caso recheado de falhas éticas. Mas outras esferas podem ter sido atingidas.

O Código Penal traz um conceito que cabe ao caso discutido: vilipêndio ao cadáver, presente no seu *Título V, Capítulo II - Dos Crimes contra o Respeito aos Mortos* e, em especial, em seu artigo 212:

> Vilipendiar cadáver ou suas cinzas: Pena – detenção, de um a três anos, e multa (SENADO FEDERAL, 2017).

De acordo com o Dicionário Oxford, vilipendiar é: tratar (algo ou alguém) com desprezo ou desdém; considerar (algo ou alguém) como vil, indigno, sem valor, aviltar, rebaixar; ultrajar por meio de palavras, gestos ou atos (OXFORD ESSENTIAL, 2012).

Segue o trecho do caso em que tal atitude é vista: "envolver o corpo do paciente com seus lençóis e o levar de volta a seu quarto, deixando seu corpo na cama em que foi encontrado inicialmente". Isso pode ser interpretado como um desrespeito ao corpo de um ente querido, já vulnerável.

A resposta para a última questão pode ser passível de interpretação. Mas é um fato que poderia gerar uma ação a nível penal ao médico e ao restante da equipe.

Comentário do especialista

Corroborando o que foi discutido anteriormente, cabe ao profissional que prestou o serviço técnico final a responsabilidade de preenchimento da declaração do óbito do paciente. Não se trata, portanto, de uma gentileza, mas de uma atribuição médica daquele que assistiu o paciente.

Existem, no entanto, circunstâncias em que o médico assistente poderia recusar emitir a Declaração de Óbito. Uma delas é a presença de sinais de violência, situação em que se faz mais adequado o encaminhamento do corpo ao Instituto Médico Legal – IML. O dever do médico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e do serviço é ter consigo os impressos da Declaração de Óbito para esses casos, ainda que o falecimento ocorresse a caminho do hospital de referência.

No que diz respeito ao serviço funerário, não é permitida a posse ou a disponibilização de atestados de óbito em suas instalações. Isso porque os procedimentos legais da funerária dizem respeito apenas à inumação do falecido.

No caso relatado, há de se notar que o médico desde logo fez o diagnóstico sindrômico e propôs a conduta de intubação, prosseguindo com os procedimentos após a parada cardiorrespiratória. Haja vista não haver dúvidas acerca da causa da morte, não há que se pensar na emissão da Declaração pelo Serviço de Verificação de Óbitos – SVO, ficando a cargo dessa instituição apenas os casos de óbito sem assistência médica.

Enfatiza-se que a atribuição do médico assistente e do serviço é integral-subjetiva e, se houve falhas no procedimento técnico, seja imperícia, imprudência ou negligência, devem ser apuradas pelo Conselho Regional de Medicina – CRM. Se, por outro lado, houve lapso por parte de algum membro da equipe, cabe ao médico a investigação técnico-administrativa, não cabendo a omissão do médico assistente. Se a falha técnica foi a causa do óbito, essa deveria ser relatada e documentada com o envio do corpo ao IML.

Às vistas do artigo 212 do Código Penal, tem-se que *vilipendiar cadáver ou suas cinzas*, cujo sujeito passivo é a família do morto e a coletividade, o autor tem o dolo específico de ultrajá-lo, aviltá-lo, ato que se pratica junto ao corpo ou a suas cinzas e não através de publicações ou citações, e o objeto material juridicamente protegido pelo diploma repressivo é o sentimento de respeito aos mortos. Vale lembrar também que a enucleação dos olhos para fins didáticos ou científicos não tipifica o artigo 212 do CP. Entretanto, atos de necrofilia ou menosprezo às suas cinzas tipificam o vilipêndio do cadáver. O ato de *envolver o corpo com seus lençóis e levar de volta ao quarto, deixando-o na cama*, não dá margens para se pensar em tipificar como vilipêndio de cadáver. Se o fizesse com intenção de menoscabar, aviltar, tratar com desprezo, com desrespeito ao cadáver, tipificaria o delito descrito no artigo 212 do CP. Cabe lembrar ainda que esse delito só é manifestado com uma conduta comissiva ou omissiva imprópria, aquele que tem obrigação de cuidar, não ocorrendo na conduta omissiva própria.

Por tudo isso, é atribuição médica o preenchimento da Declaração de Óbito em qualquer circunstância da morte, seja ela natural, como no caso em tela, suspeita ou violenta, desde que devidamente qualificada por médico legista ou autorizado judicialmente. Tal documento, portanto, não pode ter sua emissão encarregada a outro profissional que não o médico devidamente qualificado, salvo circunstâncias especiais, como em localidades em que este não se faça presente, quando então passa a ser uma responsabilidade ética e jurídica. Tendo em vista as circunstâncias, entende-se que a viúva estava correta ao solicitar ao médico assistente final que assumisse o compromisso do preenchimento da Declaração de Óbito. Há, dessa forma, transgressão ao artigo 91 do Código de Ética Médica diante da recusa em proceder ao preenchimento da Declaração de Óbito solicitada pela representante legal do paciente.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217 de 27/09/2018. Brasília: CFM, 2019.

OXFORD ESSENTIAL – Portuguese Dictionary. Oxford University Press, 2012. p. 208.

SENADO FEDERAL. Código Penal: edição atualizada até abril de 2017. Brasília, Senado Federal: Coordenação de Edições Técnicas, 2017.

Declaração de óbito: uma responsabilidade médica

Alexsandro Albuquerque dos Santos[1]
Hyder Aragão de Melo[2]

Edelucia Lopes de Sousa (nome fictício), 35 anos, natural e procedente de Nossa Senhora da Glória, diagnosticada com câncer de pulmão e em tratamento quimioterápico desde 2019. Devido à pandemia de Covid-19, descontinuou o tratamento e veio a óbito frente à evolução rápida da doença. Segundo parentes, apresentou, antes do óbito, tosse, sangramento na garganta e falta de ar e evoluiu a óbito dois dias após os sintomas. Seu pai, Hermenegildo Lopes de Sousa (nome fictício), um senhor de 65 anos, também procedente de Nossa Senhora da Glória, procurou a UBS de seu bairro para conseguir a declaração de óbito da filha a fim de dar prosseguimento ao sepultamento. Ao chegar à UBS por volta das 15 horas do dia 13 de julho de 2020, o médico plantonista, Sérgio A. da Silva (nome fictício), disse ao senhor Hermenegildo que não haveria necessidade de ir até o local onde estava sua filha para preencher a declaração de óbito, e ele era o único responsável pelo plantão da UBS naquele dia. Vinte minutos depois, o médico entregou a declaração de óbito ao senhor Hermenegildo, que, ao ler, constatou que a causa da morte de sua filha foi devido a complicações de Covid-19, mesmo tendo o pai comunicado ao médico que a filha estava em tratamento contra câncer de pulmão desde 2019 e, além disso, entregou ao médico exames e uma cópia do prontuário médico de sua filha. Dr. Sérgio, entretanto, manteve a declaração de óbito original.

O senhor Hermenegildo deu prosseguimento ao sepultamento de sua filha e depois procurou um advogado para esclarecer o ocorrido e processar tanto o médico Sérgio A. da Silva como também o gestor da UBS.

---

1 Acadêmico de Medicina na Universidade Federal de Sergipe - UFS.

2 Médico e mestre em Ciências da Saúde pela UFS. Professor assistente do Departamento de Medicina da UFS e médico do Hospital Governador João Alves Filho. Ex-corregedor do Conselho Regional de Medicina de Sergipe - Cremese.

Questões provocativas

Pode o médico, mesmo em situação de pandemia, atestar óbito sem tê-lo verificado pessoalmente?
O médico pode atestar óbito que não corresponde ao respectivo prontuário do falecido?
O CFM pode aceitar denúncia contra o médico e o gestor da UBS?

Discussão

O Sistema de Informações Sobre Mortalidade – SIM foi criado pelo Ministério da Saúde em 1975. Dos mais de quarenta tipos de atestados de óbito em uso, o modelo atual decorre de alterações de variáveis sofridas desde aquela data, de modo a adequar a Declaração de Óbito – DO à atualidade epidemiológica (BRASIL, 2001, 2013).

Visto que estamos em meio à maior pandemia em escala mundial, é importantíssimo que a classe médica siga rigorosamente as normas para o preenchimento correto desse documento a fim de possibilitar não só do ponto de vista estatístico e epidemiológico, como também sociodemográfico, o combate efetivo aos Surtos Pandêmicos (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2020).

A legislação vigente sobre eventos vitais, dentre os quais nascimentos e óbitos – Lei dos Registros Públicos, determina no seu artigo 77 (BRASIL, 2017) que:

> 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 (Redação dada pela Lei nº 13.484, de 2017).

Outrossim, de acordo com o Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito, emitido pela Fundação Nacional de Saúde (BRASIL 2001), para casos de mortes naturais, não ocorridas em estabelecimentos de saúde, sem assistência médica, em locais com médico, ocorridas geralmente em domicílios, esses óbitos deverão ficar sob a responsabilidade

do Serviço de Verificação de Óbitos – SVO, cujo médico tem obrigação de preencher o documento. De acordo com as normas supracitadas, o médico Sérgio A. da Silva só poderia ter atestado o óbito se não houvesse o SVO na localidade e, além disso, deveria ter comparecido ao domicílio de Edelucia e deveria ainda usar a cópia do prontuário fornecido pelo pai da jovem para especificar a causa da morte.

A partir da interpretação do CEM (CFM, 2019), no seu artigo 80, há de se reconhecer uma infração ética na emissão desse documento ao vedar ao médico "expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique", ou seja, sem fazer a visita domiciliar para averiguar pessoalmente o óbito. Ademais, a legislação do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2019) enfatiza, no Código de Ética Médica – CEM, no Capítulo X, sobre documentos médicos, que é vedado ao médico, no seu artigo 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.

Como agravante, o médico deveria se ater ao prontuário para elaborar a DO, e, no caso do Dr. Sérgio, a cópia do prontuário apresentada pelo pai da jovem foi ignorada, e o médico atribuiu o diagnóstico de uma doença incompatível com os registros, baseado em conclusões precipitadas feitas em tempos de pandemia. Isso pode se caracterizar como negligência, infração prevista no primeiro artigo do capítulo da responsabilidade profissional (CFM, 2019).

Quanto à denúncia que o pai da jovem quer fazer contra o médico e o gestor da UBS, é possível que ela seja acolhida no CFM exclusivamente contra o médico por negligência e falta de zelo com as informações de que ele dispunha para a emissão de um documento legal.

Outrossim, o médico, Dr. Sérgio, e o gestor da UBS não poderão ser punidos quanto ao impedimento do médico de sair do seu plantão para fazer a visita domiciliar para averiguação do óbito, pois isso se caracterizaria como abandono do plantão, que é uma infração também muito grave, prevista no artigo 9º, que veda o médico de "deixar de comparecer ao plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento" (CFM, 2019, grifo nosso).

Por fim, para efeito de registro, é importante frisar que a Câmara de Julgamento do Conselho Regional de Medicina, entendendo a gravidade das infrações éticas, porventura confirmadas, poderá punir o médico com as seguintes penas disciplinares, previstas no art. 22 da Lei nº 3.268/1957, ratificada pela Resolução do CFM nº 2.145/2016, modificada pelas Resoluções do CFM nº 2.158/2017, nº 2.275/2020 e nº 2.278/2020, que aprovaram o Código de Processo Ético-Profissional (CPEP) no âmbito do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais de Medicina (CFM, 2020):

a) advertência confidencial em aviso reservado;
b) censura confidencial em aviso reservado;
c) censura pública em publicação oficial;
d) suspensão do exercício profissional por até 30 (trinta) dias;
e) cassação do exercício profissional, ad referendum, pelo Conselho Federal.

As duas primeiras sanções são penas privadas, que não irão ao conhecimento público. As demais serão publicadas conforme o disposto no art. 101, § 1º, do Código de Processo Ético-Profissional (CFM, 2020).

O processo correrá em segredo de justiça, e a sanção dependerá do entendimento dos seus pares dentro do Conselho Regional de Medicina, podendo caber recursos.

Comentário do especialista

Existem duas linhas de análise a serem seguidas no caso exposto:

a) Emissão da Declaração de Óbito – DO por médico sem exame do possível cadáver;
b) Registro de causa da morte sem análise de prontuário ofertado e desconsiderando os argumentos do pai da vítima.

Questões importantes não foram abordadas e, portanto, dificultam uma avaliação precisa da conduta médica. Farei as considerações no decorrer da análise do caso.

Primeiramente, é fundamental compreender que a denúncia contra médico não é ato danoso em sua origem, isso porque é um momento de o médico clarear seus atos, comprovando que sua conduta está correta e obtendo o aval do órgão competente para essa função. Por outro lado, a

condenação do profissional efetivamente culpado permitirá à sociedade o aprimoramento da medicina, punindo as más condutas e reforçando a efetividade das boas. O médico, a princípio, é considerado DENUNCIADO até a realização de Sindicância, com relatório à sua disposição, e julgamento em Câmara de Sindicância, onde o Conselheiro Sindicante defenderá sua conclusão a respeito da possibilidade de haver culpabilidade ou não do denunciado. Essa Câmara será composta por outros conselheiros que trarão novas interpretações dos fatos e documentos coletados. Se o relatório final for de arquivamento, o médico será liberado sem ônus ético. Caso contrário, abre-se o Processo Ético-Profissional – PEP, passando o médico, agora, à condição de ACUSADO. Importante frisar que essas ações realizar-se-ão no Conselho Regional de Medicina – CRM responsável pela jurisdição do local onde o fato se deu e que, em ambas as conclusões (arquivamento ou PEP), caberá recurso ao próprio CRM e, posteriormente, ao Conselho Federal de Medicina – CFM. A denúncia pode ser feita por qualquer pessoa, bastando identificar-se, fazer o relato claro dos fatos e juntar documentos comprobatórios de sua acusação (essa juntada não é obrigatória). Outro dado importante é que nem sempre o responsável pelo ato que gera a denúncia é identificado, cabendo ao CRM identificá-lo, se possível (CFM, s.d.).

Em segundo lugar, qualquer regramento é aplicado não estritamente, conforme escrito, mas com base na interpretação dos julgadores. E essa interpretação é variável, dependendo das circunstâncias no momento do ato avaliado, das crenças e da cultura da sociedade, das novas evoluções de compreensão de mundo a que estamos sujeitos e das mudanças de leis e afins que sejam superiores às normas deontológicas que regem o ato médico. E aqui há um grande mérito do CFM, que se esforça para atualizar o Código de Ética e Deontologia Médica com frequência.

Passemos à análise factual dos problemas.

Sobre a emissão da declaração de óbito por médico sem ter examinado o possível cadáver. Lê-se no Código de Ética Médico-2018 (CFM, s.d.):

> 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.

A Resolução CFM no 1.779/2005 norteia a emissão da DO por médico. O artigo 1º é taxativo (CFM, s.d.): art. 1º O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte.

Nos casos de Morte Natural, com assistência médica, define:

> 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 no 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.

Já a Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002, prevê (BRASIL, 202):

> Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

É bem-vinda a interpretação dada pela Conselheira do CREMEB, Maria Madalena dos Santos, encontrada no Portal Médico quando afirma (CFM, s.d.):

> É evidente a grande responsabilidade do médico ao emitir uma DO, por isso a citação inicial do artigo 114 do CEM, que proíbe o médico de atestar óbito sem antes constatar pessoalmente a existência do cadáver, mesmo quando se diga tratar-se de um paciente seu, pois, com este ato, permite ao médico reconhecer ou identificar o falecido, além de reduzir a possibilidade de emitir a DO em casos de mortes

> violentas. É importante lembrar que, com o referido documento, a atividade cível da pessoa é cessada: encerram-se débitos, disponibilizam-se os vencimentos e os bens para quem de direito, muda o estado civil do(a) cônjuge e extinguem-se tanto as punibilidades ética e administrativa, quanto penal.

A princípio, a DO deveria ser emitida pelo médico que acompanhava a paciente, a nível hospitalar. Não temos informação sobre se a paciente era acompanhada, simultaneamente, pelo Programa de Saúde da Família de seu município. Como a distância entre o município do óbito e o hospital de atendimento é muito grande e se estava em época de pandemia, com toda uma série de restrições à mobilidade, resta o problema ser resolvido localmente. É nesse contexto que o médico é envolvido. Não temos dados a respeito de o médico em questão ser o único na cidade disponível para a emissão da DO, sabemos apenas que ele estava em "plantão", o que é difícil de compreender na atividade específica. Em plantão de Urgência/Emergência, o médico não pode se ausentar. Por outro lado, claramente havia a necessidade de verificar o óbito. Esse é um ponto crucial, todos os textos são enfáticos nesse item. Então, como resolver? Se a saída do plantão era impossível (não havia substitutos) e não sabemos a distância entre o local do plantão e a residência da paciente, levar a paciente à unidade seria uma opção. A grande falha foi a emissão da DO SEM VERIFICAR O ÓBITO. E isso depõe contra uma boa ação ética e jurídica.

b) Registro de causa da morte sem análise de prontuário ofertado e desconsiderando os argumentos do pai da vítima.

Uma segunda questão está na causa da morte. Mais uma vez, a falta de informação sobre o acompanhamento da paciente pelo Programa de Saúde da Família complica a análise. Se era realizada, então havia um prontuário que forneceria informações suficientes para uma determinação de causa do óbito. Porém, se assim não era, o médico esteve envolvido entre as possibilidades reais de uma infecção nova, ainda desconhecida em sua totalidade, e um prontuário médico disponível por familiares sobre o acompanhamento hospitalar. É importante frisar as consequências imediatas da colocação do diagnóstico relacionado à Covid-19. Isso impediria um velório minimamente aceito, com caixão fechado. Não sabemos se o médico conhecia o caso da paciente. Independentemente do prontuário apresentado, caberá ao médico atestar o que se encontra aos seus olhos (exame do

possível cadáver) e à sua interpretação, considerando-se as informações disponíveis. A simples apresentação do prontuário médico não é suficiente para a conclusão médica.

Portanto, não haveria problema na colocação da causa de morte como foi feito. A grande questão está na falta de exame do possível cadáver, que não foi realizado. E aqui existe a possibilidade de falsificação de um documento público de grande valor.

Caso a verificação do cadáver tivesse sido realizada, a hipótese escrita poderia ter sido aceita. E restaria ao médico assumir que não conhecia o caso, que não se sentia seguro diante do prontuário e defini-lo como "causa desconhecida".

Ainda que faltem mais informações, a princípio, acredito que existe a possibilidade de infração ética pelo simples fato de não ter verificado o óbito pessoalmente. Todo o resto, decorrente desse ato não praticado, se torna comprometido. Havia possibilidades de ação por parte do médico.

Ele poderia solicitar trazer o corpo ao seu local de plantão, com os cuidados devidos e previstos em muitos documentos oficiais. Outra opção seria conseguir suporte para substituí-lo em seu local de trabalho e seguir até a residência. Uma terceira opção seria o envio do corpo para o Serviço de Verificação de Óbitos – SVO, fazendo-se a ressalva de que, no princípio da pandemia, recomendava-se não enviar corpos suspeitos ao SVO, conforme o Manual do atestado de óbito (s.d.). Porém, já na data referida do óbito, julho de 2020, o SVO já recebia, com segurança, corpos suspeitos (GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE s/d).

Uma falha inicial, e o médico encontra-se em situação muito difícil.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito**. 3. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Protocolos de codificações especiais em mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Presidência da República. **Código Civil**. Lei 10.406 de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=247357&filename. Acessado em: 05.04.2021

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973.** Modificada pela Lei nº 13.484, de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.

br/ccivil_03/leis/l6015compilada.htm. Acesso em: 28 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Código de processo ético-profissional. Resolução do CFM nº 2.145/2016**, modificada pelas Resoluções do CFM nº 2.158/2017, nº 2.275/2020 e nº 2.278/2020. Brasília: CFM, 2020. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2145 Acesso em: 29 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **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.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Orientações para o Preenchimento da Declaração de Óbito**. Março de 2020. Disponível em: https://www.accamargo.org.br/sites/default/files/2020-04/GERAL_-_Obito. Orientacoes_para_o_Preenchimento_da_Declaracao_de_obito_-_Covid-19_2020_03_27_V1_0.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. **Serviço de verificação de óbito**. Fundação de Saúde Parreiras Horta. Disponível em: https://www.saude.se.gov.br/svo-fornecimento-da-declaracao-de-obito-e-gratuito/. Acessado em 06.04.2021

Manipulação genética: prevenir danos ou brincar de ser Deus?

Jenyfer da Costa Andrade[1]
José Geraldo Dantas Bezerra[2]

Paciente E.F.A., sexo feminino, 29 anos, jornalista, natural e procedente de Aracaju-SE, diabética, relata estar grávida e querer ajuda médica para reverter a possível herança genética do seu filho. Conta que desde criança sofre com a diabetes, que foi herdada da sua mãe, e que pretende alterar esse gene com o propósito de que seu filho não desenvolva a doença.

Seu marido, pai da criança, conta que não confia nos procedimentos genéticos, pois tem medo de que a alteração do gene leve a criança a desenvolver outras características ou doenças. Relata também ter se informado acerca do caso chinês, que chocou o mundo, sobre o cientista chinês He Jiankui ter alterado o DNA dos embriões das duas bebês para torná-las resistentes ao HIV. Além disso, lembra-se de ter lido opiniões de alguns médicos relatando que o procedimento era perigoso porque não havia evidências científicas que descartem possíveis prejuízos futuros.

O médico geneticista, ao avaliá-la, informa-lhe que, apesar de rara, a diabetes mellitus pode sim ser decorrente de herança genética e que é possível fazer um acompanhamento genético no início da gravidez que altere as chances de o filho nascer com essa herança e com riscos praticamente inexistentes. O acompanhamento genético proposto constitui a identificação dos genes no paciente, a aplicação de drogas antidiabéticas mais específicas e a terapia genética aliada à observação do líquido placentário.

---

1 Acadêmica de Medicina na Universidade Tiradentes (UNIT).

2 Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe - UFS (1971) e mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente pela Universidade Federal de Sergipe - UFS (1997). Atualmente é médico da Associação dos Voluntários a Serviço da Oncologia em Sergipe.

A paciente e seu marido decidiram optar pela chance de arriscar e realizar os procedimentos citados. O bebê nasceu saudável, possivelmente com menos chance de adquirir a diabetes mellitus e sem prejuízo aparente de outros sistemas corpóreos, porém há necessidade de observação ao longo dos anos.

Questões provocativas

A atitude do médico geneticista foi ética?
Qual a relação entre esse caso abordado e o do chinês He Jiankui?
Há chances de haver complicações no futuro para o bebê resultantes dos artifícios utilizados?

Discussão

Inicialmente, a terapia gênica é a introdução de um gene biologicamente ativo em uma célula para alcançar um benefício terapêutico (MCINNES, 2016). Porém, a terapia gênica para o tratamento de doenças humanas apresenta riscos gerais de três tipos: resposta adversa ao vetor, ou combinação doença-vetor, mutagênese de inserção causando malignidade e inativação de inserção de um gene essencial (MCINNES, 2016).

O médico geneticista decidiu aceitar o requerimento da paciente e se utilizar da medicina genética para alterar as chances de a criança desenvolver uma possível predisposição à diabetes. De fato, o inciso XXV do Capítulo I do Código de Ética Médica – CEM determina o seguinte:

Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada à herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade (CEM, 2018).

Portanto, é necessário que o médico se certifique 100% de que suas ações não prejudiquem futuramente a criança em algum aspecto da vida dela.

Esse mesmo código, no artigo 15, clarifica que é vedado "descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética". Somado a isso, no artigo 16 é esclarecido que *é vedado ao médico intervir sobre o genoma humano com vistas à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência*. Considerando tais pontos e

o fato de que o tratamento da diabetes em um indivíduo não nascido ainda não é totalmente confiável e aceito pela sociedade médica, o profissional de fato infringe a ética médica.

Alguns anos atrás, um caso muito parecido aconteceu na China, o qual inclusive foi citado pelo marido da paciente e que também envolve desrespeito às leis de saúde. O médico He Jiankui alterou o DNA dos embriões das duas bebês para torná-las resistentes ao HIV caso elas entrassem em contato com o vírus, mas o fez sem autorização da justiça e dos responsáveis pelas crianças. Portanto, a eficácia e a técnica do procedimento não haviam sido verificadas antes do procedimento. Ainda não é possível estabelecer se o método funciona ou não. O médico feriu o código de ética médica ao desrespeitar as normas éticas nacionais, pois não obteve autorização para realizar experimentos em seres humanos. Além disso, não obteve consentimento dos responsáveis, não esclareceu e informou corretamente o que seria realizado e não garantiu que as crianças ficariam isentas de algum tipo de discriminação futura relacionada à herança genética (CEM, 2018). He Jiankui foi condenado a três anos de prisão somado a uma multa de US$ 430 mil.

Já o médico geneticista do caso inicialmente citado modificou o gene (NIDDM1) relacionado à predisposição à diabetes.

Dentre os fatores genéticos que explicariam a predominância materna na transmissão do DM tipo 2, podemos citar a herança de alterações em DNA mitocondrial. Sabe-se que o DNA mitocondrial é de herança exclusivamente materna, e variantes em sua sequência têm sido associadas com o desenvolvimento de DM, sendo mais frequentemente associada à substituição de A por G na posição 3243 (MOISÉS, 2006, p. 833).

Tal procedimento referido ainda não está autorizado para prática médica. Em ambos os casos, é possível observar um médico especialista em genética humana que falha na ética médica, uma vez que não são atitudes cientificamente comprovadas que são livres de erro e isentas de consequências negativas futuras.

A partir da conclusão citada de que não há comprovação científica de que o procedimento é isento de complicações, é possível admitir que há chances de ocorrer um ou mais dos três tipos gerais de riscos, quais sejam: resposta adversa ao vetor, ou combinação doença-vetor, mutagênese de inserção causando malignidade e inativação de inserção de um gene essencial (MCINNES, 2016).

Além dos riscos biológicos, pode haver prejuízos relacionados a sua identidade, dignidade e integridade ao se admitir que o paciente em questão está participando de um experimento médico indiretamente.

Por fim, é estritamente proibida a utilização de procedimentos médicos sem a comprovação de que é eficaz ou totalmente isento de riscos futuros para o paciente. Isso infringe não somente a ética médica, como também um dos princípios da bioética que se resume à obrigação de não infligir danos a quem quer que seja de maneira intencional. Na ética médica, a Medicina esteve intimamente associada à máxima acima de tudo: não causar dano.

Comentário do especialista

Ao exercício profissional pleno da Medicina, exigem-se duas qualificações: competência e humanidade. Alicerçados, pois, no axioma hipocrático "acima de tudo, não causar dano", os fundamentos científicos se revestem de perene roupagem da moral judaico-cristã, flexibilizando-se ao longo de dois milênios da nossa civilização.

O fenômeno patológico do diabete mellitus – DM consiste principalmente na produção insuficiente da insulina pelas células beta pancreáticas ou em prejuízo na sua atuação tecidual periférica. A evolução científica, destarte, demonstra que a problemática da doença não se limita ao déficit hormonal, mas envolve também alterações sistêmicas, que vão desde anormalidades vasculares até comprometimento oftálmico, pulmonar e cardíaco, evidenciando sua significativa morbidade.

Clínica e epidemiologicamente, a doença é dividida em duas formas de apresentação: DM tipo 1 e DM tipo 2. A primeira é caracterizada por uma manifestação mais precoce e pela evolução inevitável para insulinopenia absoluta, secundária à destruição progressiva das células beta pancreáticas. A segunda costuma demonstrar seus primeiros indícios mais tardiamente, no adulto de média idade e nos idosos. Decorre principalmente da resistência insulínica e, em menor grau, da insulinopenia parcial. Ambos os padrões têm a herança genética como fator relevante, com acometimento de vários genes. Assim, no dizer de Demeterco e Levine (2001): *a administração de insulina exógena tem sido a única forma de tratamento disponível para milhões de indivíduos portadores de diabetes mellitus.*

A evolução tecnológica da biologia molecular e celular tem proporcionado na terapêutica médica a esperança de maior bem-estar e longevidade aos portadores dessa condição, especialmente no que diz respeito às

correções genéticas. Com isso, no dizer dos autores referidos acima, *um dos grandes objetivos da terapia gênica do diabetes é a geração de fontes ilimitadas de células que apresentem secreção normal de insulina em resposta ao estímulo de glicose, capazes de serem transplantadas sem a necessidade de imunossupressão sistêmica*. Desse modo, são elencados os seguintes tratamentos genéticos mais promissores na atualidade: transplante de células beta, expansão de células beta e de seus precursores a partir de tecido primário ou células-tronco, transplantes celulares provenientes de pâncreas endócrino e engenharia genética de células extrapancreáticas.

Ao analisarmos com cautela o caso clínico da paciente em questão, vemos o quanto há semelhança com o caso do clínico He Jionkmin pelo modo charlatanesco com que o médico geneticista quis enquadrar a solução de modo inseguro para os resultados esperados. Se o fato ora apresentado se concretizou, resta-nos tão somente acompanhar a evolução clínica da criança para codificarmos a efetividade terapêutica.

Referências

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **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 de 2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. p. 108.

DEMETERCO, C.; LEVINE, F. Terapia Genética para Diabetes – **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 45, ano 1, jan./fev. 2001.

GALLAGHER, J. **A polêmica experiência de edição genética chinesa que pode reduzir expectativa de vida**. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/geral-48479434. Acesso em: 15 jul. 2020.

MAIA, L. D. L. **Os princípios da bioética**. Disponível em: https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-158/os-principios-da-bioetica/. Acesso em: 16 jul. 2020.

MCINNES, R. R. **Thompson & Thompson Genética Médica**. [Elsevier]: Grupo GEN, 2016. 9788595151819. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595151819/. Acesso em: 16 jul. 2020.

MOISÉS, R. O Fator Materno na Transmissão do DM tipo 2: Ambiente ou Herança? **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 833-835, out. 2006.

REIS, A.; VELHO, G. **Bases Genéticas do Diabetes Mellitus Tipo 2**. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000400014&lang=pt. Acesso em: 15 jul. 2020.

VEJA. **Cientista que alterou DNA de bebês é condenado a 3 anos de prisão na China**. Revista Veja. Disponível em: https://veja.abril.com.br/ciencia/cientista-que-modificou-dna-de-bebes-e-condenado-a-3-anos-de-prisao/. Acesso em: 20 jul. 2020.

Violência obstétrica: crime recorrente

Rômullo Lameck Pereira de Figueiredo[1]
Júlia Maria Gonçalves Dias[2]

Joana D'Arc (nome fictício), 25 anos, é uma primigesta com 37 semanas de gestação. Iniciou trabalho de parto há três horas, quando começou a sentir entre duas a três contrações a cada 10 minutos. Por conta disso, dirigiu-se para a maternidade pública da sua cidade, onde foi internada. Durante a primeira avaliação, o obstetra responsável desnudou a paciente, sem aviso prévio e sem consentimento, com as cortinas abertas – de maneira que quem passasse por lá pudesse ver o que estava acontecendo – e realizou toque vaginal, assim como seu instrumentador particular (profissional com Ensino Médio completo e curso técnico de instrumentação). Este sempre o acompanha na maternidade e fica, na maior parte do tempo, sozinho com o carimbo do médico tomando condutas e orientando os alunos.

Foi constatado que o colo do útero estava completamente dilatado há duas horas. A apresentação, no entanto, encontrava-se ainda no plano –1 de *De Lee* desde o início do trabalho de parto. Além disso, durante a avaliação dos batimentos cardíacos fetais, foi percebido que havia bradicardia, indicando sofrimento fetal. Mesmo após o uso de medicações endovenosas, a vitalidade fetal permaneceu comprometida durante uma hora, sendo registrada indicação de cesariana no prontuário da parturiente por acadêmico do último ano do curso de Medicina, tendo o aval e o carimbo do médico responsável.

A medida foi repensada pelo obstetra, que decidiu não realizar a cesariana. O feto continuou com alteração de vitalidade por um total de três

1 Médico pela Universidade Federal de Sergipe - UFS.

2 Graduação em medicina pela UFPB. Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo IMIP. Mestrado em Saúde Materno Infantil pelo IMIP. Doutorado em Saúde pela UFS. Professora adjunta do Departamento de Medicina da UFS. Chefe do Setor de Atenção à Mulher da EBSERH/UFS.

horas. Dessa maneira, quando havia seis horas de trabalho de parto, foi feita cesariana de emergência. O instrumentador particular do médico atuou como segundo obstetra. Foi realizada retirada de neonato flácido, cianótico, banhado em mecônio, que executava apenas pequenos movimentos de esforço respiratório, sendo levado para mesa de reanimação. Após tentativas do neonatologista, o recém-nascido não resistiu e veio a óbito.

Após o procedimento, o médico assistente rasgou o prontuário em que estava registrada a indicação de intervenção nas duas horas anteriores. Refez, então, todo o registro no prontuário de forma que ele não fosse prejudicado. Por conta da situação, os outros obstetras que estavam de plantão se reuniram com os acadêmicos e os instruíram a não destruir os prontuários.

Questões provocativas

Foi correta a conduta de avaliar a paciente sem o consentimento dela, mesmo estando ela em trabalho de parto?
Quais foram as infrações éticas cometidas pelo médico?
É permitido atribuir atos médicos a outros profissionais de saúde, devido ao vínculo entre eles, a fim de ajudar nos procedimentos?

Discussão

O trabalho de parto propriamente dito se inicia quando há de duas a três contrações uterinas no período de 10 minutos com o mínimo de 3 cm de dilatação cervical (CAVALCANTI *et al.*, 2019). O prolongamento do trabalho de parto aumenta o risco de sofrimento fetal agudo, que é caracterizado por hipóxia persistente e progressiva que, se não for revertida, resulta em morte celular neuronal (MONTENEGRO; REZENDE, 2014 apud SILVA et al., 2019).

Violência obstétrica é um tipo de violência contra a mulher que se caracteriza por qualquer ato praticado por profissional de saúde relacionado aos processos reprodutivos e ao corpo das mulheres, quando realizado de maneira desumanizada, com abuso de intervenções e medicações, o que transforma o processo fisiológico do parto em patológico (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Segundo o artigo 22 do Código de Ética Médica – 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. No momento da primeira avaliação, o médico não explicou que realizaria o toque vaginal e, consequentemente, não pediu autorização à parturiente para tal. Ademais, ela não se encontrava em risco iminente de morte, o que poderia, de acordo com esse artigo, justificar a atitude dele (CFM, 2019).

No tocante à privacidade da paciente, o CEM, no artigo 28, determina que *é vedado ao médico desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade*. Em nenhum momento, o médico considerou o interesse da paciente ou respeitou a dignidade dela ao submetê-la a uma condição vexatória. É necessário que o profissional de saúde respeite o pudor dos pacientes (SANTOS *et al.*, 2013).

Além de tudo, faz-se necessário considerar a atribuição de erro médico do obstetra ao não ter realizado a cesariana no primeiro momento. O artigo 1º do CEM estabelece que *é vedado ao médico causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência*. De acordo com Gomes, Drumond e França (2002), erro médico é o dano, o agravo à saúde do paciente provocado pela ação ou inação do médico no exercício da profissão e sem a intenção de cometê-lo. Dentre as três categorias de erro médico, o médico do caso foi negligente, uma vez que o dano em questão ocorreu por conta de omissão durante sua prática (FRANÇA, 2019).

Em relação ao fato de o instrumentador pessoal do obstetra assumir o papel deste, pelo artigo 2º do CEM, é vedado ao médico "delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica". Além de que o fato de esse profissional tomar condutas médicas, carimbar e assinar pelo médico pode enquadrá-lo nos crimes de exercício ilegal da Medicina (artigo 282 do Código Penal – CP), curandeirismo (artigo 284 do CP) e falsificação de documento público (artigo 297 do CP):

> Exercício ilegal da Medicina, arte dentária ou farmacêutica:
> Art. 282. Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites:
> Pena - detenção de seis meses a dois anos.
> Curandeirismo:
> Art. 284. Exercer o curandeirismo:

> I - prescrevendo, ministrando ou aplicando, habitualmente, qualquer substância;
> II - usando gestos, palavras ou qualquer outro meio;
> III - fazendo diagnósticos:
> Pena - detenção de seis meses a dois anos.
> Falsificação de documento público
> Art. 297. Falsificar, no todo ou em parte, documento público, ou alterar documento público verdadeiro:
> Pena - reclusão, de dois a seis anos, e multa.

O médico, por sua vez, ao rasgar o prontuário e ao fazer um novo registro, cometeu os crimes de falsificação de documento público (artigo 297 do CP) e de falsidade ideológica (artigo 299 do CP):

> Falsidade ideológica
> Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:
> Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

É importante pontuar que os outros obstetras também foram antiéticos ao ignorarem o que se passou e não denunciarem o colega. Segundo o artigo 25 do CEM, é vedado ao médico:

> Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem (CFM, 2019).

Portanto, pôde-se constatar, nesse caso de violência obstétrica, infrações éticas e crimes de várias naturezas. É preciso que o médico atue de maneira ética, respeitando sempre seus pacientes, seja obtendo consentimento de todo ato realizado com os pacientes ou respeitando a integridade

deles. É necessário, também, reforçar que o prontuário é um documento médico-legal que precisa ser zelado.

Comentário do especialista

A expressão *dar a luz* é comumente utilizada para se referir ao ato de parir, quando, na verdade, o correto é *dar à luz*, ou seja, a entrega do concepto à luz do mundo. Nos dias atuais, a violência obstétrica vem ganhando um destaque maior na mídia e nos meios acadêmicos. Práticas que são usadas há muitas décadas ou séculos, quando se trata da assistência à mulher parturiente, começaram a ser interpretadas sob uma nova óptica após ser dada voz a essas mulheres que pariram sob condições desagradáveis a si mesmas e a seus filhos.

Diz-se que a violência obstétrica é caracterizada pelas diversas formas de violência e danos causados à mulher durante o cuidado obstétrico profissional, o que inclui maus-tratos físicos, psicológicos e verbais, bem como procedimentos desnecessários e danosos (TESSER *et al.*, 2015). Esse conceito é conhecido no mundo como *disrespect and abuse during childbirth* ou, em outras palavras, desrespeito e abuso durante o nascimento.

Em 2018, a Organização Mundial da Saúde lançou um manual de recomendação para boas práticas obstétricas no acompanhamento do parto. Dentre elas há recomendações de não realização de episiotomia, depilação pubiana, lavagem intestinal e manobras de pressão no fundo uterino durante o delivramento – conhecidas como manobra de Kristeller. Por outro lado, há fortes recomendações relacionadas ao respeito, ao diálogo e à atenção às suas expectativas e escolhas (WHO, 2018).

Na pesquisa intitulada "Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública", 74% das mulheres que relataram ter sofrido algum tipo de violência durante o parto eram da rede pública, a maioria relatando que o toque vaginal foi feito de forma dolorosa e que foi negado alívio a sua dor durante o trabalho de parto (VENTURI; GODINHO, 2013). Esses dados chamam atenção para o lado preocupante da desigualdade social no nosso país, em que a mulher de classe social desfavorecida e que usufrui do serviço público se torna susceptível a situações ameaçadoras de sua dignidade enquanto ser humano e enquanto mulher, em um momento de suma importância na sua vida, que é o parto. Em estudo de coorte realizado no Brasil com 23.940

puérperas, foi observado que apenas 0,2% das gestantes tiveram acesso às práticas adequadas na assistência durante o trabalho de parto e 0,4% no parto. Já práticas não recomendadas, como a manobra de Kristeller, foram utilizadas em 36,5% do total dos partos vaginais e em 21,5% dos óbitos neonatais (LANSKY *et al.*, 2014).

Jardim e Modena, em seu artigo publicado em 2018, concluíram que a violência obstétrica é um evento óbvio e que muitas vezes esse evento se expressa como atos negligentes, imprudentes, omissivos, discriminatórios e desrespeitosos praticados por profissionais de saúde e legitimados pelas relações simbólicas de poder e pelo saber técnico-científico que naturaliza e banaliza sua ocorrência no cenário obstétrico, sendo, assim, uma violação dos direitos humanos e um grave problema de saúde pública (JARDIM; MODENA, 2018).

Por outro lado, como a prática é corriqueira e já incorporada ao cenário obstétrico no Brasil e em vários outros países do mundo, muitas vezes é difícil para a mulher entender o tamanho da violação que ela está sofrendo diante da tamanha normalidade como são tratadas algumas práticas. Essa dificuldade também é encontrada no lado assistencial, em que muitas vezes quem está procedendo à assistência acredita que realizar uma episiotomia ou fazer uma manobra de Kristeller realmente ajuda a evolução do parto. Trata-se também de uma questão educacional que poderia ser contornada mediante cursos de capacitação para as equipes assistenciais a fim de fornecer novos conhecimentos e quebrar paradigmas arcaicos.

Em consonância com essas ideias, Tesser *et al.* (2015) apontam a prevenção quaternária como uma forma de minimizar esses danos. Tal prevenção nada mais é do que a identificação de indivíduos em risco de tratamentos excessivos para proteger esses indivíduos de intervenções médicas inapropriadas e lhes sugerir alternativas eticamente aceitáveis. Uma medida útil e importante é a aceitação do plano de parto, considerado pela OMS como uma prática comprovadamente benéfica e que deve ser estimulada. O plano de parto nada mais é do que um documento no qual a mulher constrói suas expectativas e seus desejos com relação à experiência da maternidade, e esse é um meio capaz de retomar o protagonismo que cabe à mulher no momento do parto (BENTZEN, 2003; TESSER *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2019).

O plano de parto foi rapidamente introduzido nos serviços de saúde da Europa e, após 13 anos da sua criação, era utilizado em 78% das salas de

partos na Inglaterra. No Brasil, o Ministério da Saúde criou o Programa para a Humanização do Cuidado Pré-natal e do Parto – PHPN em 6 de janeiro de 2000. Esse programa engloba a assistência durante a gestação, o parto e o puerpério e tem como objetivo garantir os direitos civis das mulheres durante o período que engloba a maternidade (SUÁREZ-CORTÉS *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2017). É presumível que, em uma sociedade em que esses direitos são respeitados e há um nível educacional maior tanto das gestantes quanto da equipe de saúde que presta assistência a elas, as práticas consideradas não aceitáveis durante a assistência ao parto seriam minimizadas e até excluídas se atingirmos um nível de excelência nesse atendimento.

Medidas de implementação de humanização do parto nas instituições e de capacitação dos profissionais para divulgarem informações durante a assistência pré-natal são medidas necessárias com o intuito de que a mulher decida sua maneira de parir, de forma desatrelada de mitos e crenças ou da vontade de terceiros (SANTOS *et al.*, 2019).

Na Resolução no 2.223/2019, no seu artigo 10, o Conselho Federal de Medicina – CFM concedeu aos médicos assistentes a autoridade de tomar medidas em relação à gestante mesmo contra a vontade delas na condição de risco de vida. Tal resolução foi modificada após determinação do Tribunal Regional Federal (CFM, 2019).

> Na ausência de outro médico, em casos de urgência e emergência e quando a recusa terapêutica trouxer danos previsíveis à saúde do paciente, a relação com ele não pode ser interrompida por objeção de consciência, devendo o médico adotar o tratamento indicado, independentemente da recusa terapêutica do paciente (artigo suspenso parcialmente somente em relação à assistência e ao atendimento ao parto, conforme decisão judicial – Processo nº 5021263 50.2019.4.03.6100 – TRF 3ª Região).

Talvez as práticas desaconselhadas de atendimento obstétrico, como episiotomia, toques dolorosos, estímulos a puxos, manobra de Kristeller, aumentassem ainda mais após essa decisão do CFM e retirassem o direito da mulher de se defender ao ser agredida durante o parto. A legislação brasileira não protege de modo incisivo a figura do paciente no que diz respeito aos seus direitos e aos meios protetivos e de defesa. A violência

obstétrica não possui uma ferramenta legal eficaz para sua erradicação, uma vez que o paciente se encontra desamparado no ordenamento jurídico (OLIVEIRA, 2018).

Referências

ALBUQUERQUE, A.; OLIVEIRA, L. G. S. M. Violência Obstétrica e Direitos Humanos dos pacientes. **Revista CEJ**, v. 22, n. 75, 2018.

ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M. Violência obstétrica: a dor que cala. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**, p. 1-7, 2014.

BENTZEN, N. **Wonca dictionary of general/family practice**. Copenhagen: Wonca International Classification Committee, 2003.

BRASIL. **Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal)**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 17 jul. 2020.

CAVALCANTI, A. C. V. *et al.* Complementary therapies in labor: randomized clinical trial. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 40, p. e20190026, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **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 de 2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019a. p. 108.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – **CFM. Resolução CFM nº 2.232/2019**. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232. Acesso em: 13 set. 2020b.

FRANÇA, G. V. **Direito Médico**. 16. ed. [S.l.]: Forense, 2019.

GOMES, J. C. M.; DRUMOND, J. G. F.; FRANÇA, G. V. **Erro Médico.** [S.l.]: Guanabara Koogan, 2002.

JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 29 nov. 2018.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S192-S207, ago. 2014.

MOUTA, R. J. O. *et al.* Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 4, 20 dez. 2017.

SANTOS, A. B. B. *et al.* Grau de conhecimento das gestantes do serviço público sobre parto humanizado. **ABCS Health Sciences**, v. 44, n. 3, 20 dez. 2019.

SANTOS, M. F. O. *et al.* Aspectos Éticos Considerados na Relação Médico-Paciente: Vivências de Anestesiologistas. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 63, n. 5, p. 398-403, 2013.

SANTOS, F. S. R. *et al.* Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, 2019b.

SILVA, A. P. da *et al.* As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 24, p. e624, 29 jun. 2019.

SUÁREZ-CORTÉS, M. *et al.* Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 520-526, 3 jul. 2015.

TESSER, C. D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 24 jun. 2015.

VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. Sesc SP ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.

WHO. **WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience**. Genebra: [S.n.], [s.d.].

Direitos reprodutivos da mulher: direitos e entraves

Letícia Gabriella Aragão Lima Santos[1]
Daniela Siqueira Prado[2]

Janete Silva Gois, 24 anos, natural e procedente de Nossa Senhora da Glória-SE, casada e dona de casa, busca o serviço de urgência da maternidade de sua cidade com queixa de bolsa rota há uma hora. Ao exame, encontra-se com contrações rítmicas, duradouras e dolorosas, altura de fundo uterino de 36 cm e dilatação cervical de 6 cm, sendo admitida sob o diagnóstico de fase ativa do trabalho de parto. Em conversa particular com a obstetra, Janete conta que se trata de sua nona gestação, tendo sofrido três abortos e cinco partos vaginais até então. Relata ainda que nenhuma das gestações fora planejada e que não faz uso de método contraceptivo por crenças religiosas de seu cônjuge, a quem não deseja contrariar. Nitidamente abalada, solicita à médica que realize o parto por via cirúrgica e, no mesmo ato operatório, proceda à esterilização, mas sem contar a ninguém o real motivo. A profissional, comovida com o apelo, concorda em fazê-lo. Durante o procedimento, sob a justificativa de sangramento em ambas as trompas, a médica realiza salpingectomia bilateral logo após a cesariana. Seu colega anestesiologista, no entanto, questiona a ocorrência de tal complicação, mas assegura que não comentará com ninguém acerca do ocorrido por consideração à colega.

Questões provocativas

Houve infração ética, mesmo respeitando o desejo da paciente?
O anestesiologista cometeu infração ética ao acobertar a colega?

1 Médica pela Universidade Federal de Sergipe.

2 Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, com atuação em endoscopia ginecológica, uroginecologia e cirurgias vaginais. Mestre em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo - Unifesp, doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe - UFS. Professora adjunta da UFS.

Discussão

Os direitos reprodutivos das mulheres, definidos por Petchesky em 1999 como *a capacidade de se reproduzir e a liberdade de decidir-se quando e com que frequência se reproduzir*, são, há muito, influenciados por questões socioculturais.

Fruto desse histórico, acumulam-se nas estatísticas gestações não planejadas, sendo que só no Brasil, em 2016, do total de nascimentos ocorridos nos últimos cinco anos, apenas 54% foram pensados para aquele momento (ONU BRASIL, 2016). Inclui-se nesse grupo toda gestação não programada pelo casal ou, pelo menos, pela mulher, podendo ser indesejada, quando se contrapõe aos desejos e às expectativas do casal, ou inoportuna, quando acontece em um momento considerado desfavorável. Ambas são responsáveis por uma série de agravos ligados à saúde reprodutiva materna e perinatal, inclusive ansiedade e depressão (BONATTI *et al.*, 2018). No caso em questão, tem-se um sólido exemplo de como as mulheres ainda têm pouca autonomia sobre suas decisões sexuais e reprodutivas e como isso repercute em toda a sociedade.

Mesmo acatando o desejo de sua paciente e respeitando a premissa de que o doente tem voz ativa no processo de tomada de decisão diagnóstica e terapêutica, a obstetra comete infração ética ao *praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no país* (CFM, 2019). Isso porque, além de não haver qualquer contraindicação ao parto vaginal, mais seguro para mãe e bebê, inexistia indicação relevante à realização do parto cesáreo.

Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO, apresentação pélvica a termo, sofrimento fetal, gestante soropositiva para HIV e herpes genital ativo destacam-se como as condições mais importantes para a escolha do parto por via cirúrgica, e, nitidamente, nenhuma delas se faz presente no caso dessa paciente. Se, *por um lado, a cesárea realizada por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, por outro lado, o exagero de sua prática tem efeito oposto, inclusive por consumir recursos preciosos do sistema de saúde* (BRASIL, 2001). Vale ressaltar ainda que, além do caráter desnecessário e do maior potencial para complicações, a realização da cesariana nessa paciente priva a vivência do trabalho de parto e do nascimento como um processo fisiológico. Como brilhantemente explicado por Zugaib, trata-se de um momento ímpar em que a autonomia

da gestante precisará ser respeitada, assim como os princípios da não maleficência e da beneficência.

Há infração ética também na realização da salpingectomia bilateral sem que houvesse de fato uma complicação obstétrica que a justificasse. Isso porque tanto *exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos quanto expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade* são atitudes veementemente vedadas pelo Código de Ética Médica (CFM, 2019). Ao proceder à retirada de ambas as trompas sem a real necessidade, a conduta infringe duplamente os postulados éticos, além de corresponder a preenchimento indevido de documentos.

No que tange à relação entre colegas, em seu artigo XVIII do Capítulo I, o mesmo código, ao mesmo tempo que destaca a importância do respeito, da consideração e da solidariedade, também lembra que eles não devem impedir a denúncia de atos contrários aos postulados éticos. No caso estudado, o anestesiologista preza pelo bom relacionamento com a colega obstetra, bem como pelo respeito ao trabalho dela, mas acaba por *acobertar erro ou conduta antiética do médico*, ato vedado pelo Código, desta vez em seu artigo 50 do Capítulo VII. Fica claro, portanto, que a conduta mais adequada nessa situação seria a denúncia do ato obstétrico inadequado, colocando em primeiro lugar os princípios éticos e o bem-estar da paciente.

É evidente que, por se tratar de relações humanas agravadas por questões sociais e emocionais, a conduta pode facilmente ser distorcida, afastando-se dos preceitos éticos. Para tanto, os profissionais médicos devem agarrar-se às normas para não se prejudicarem quando da tentativa de beneficiar.

Comentário do especialista

Do ponto de vista ético, são feridos os princípios bioéticos da beneficência e não maleficência (*primum non nocere*), visto que foi realizada uma cirurgia em uma paciente em fase ativa do trabalho de parto, com cinco partos normais anteriores. Apesar de a indicação de cesárea por solicitação materna ser lícita no Brasil, o médico, no caso em questão, deveria alertar para os benefícios do parto vaginal em detrimento dos riscos da cesárea, e a paciente teria de assinar um termo de consentimento. A indicação do procedimento em prontuário, em casos assim, deverá ser documentada como cesárea por opção materna.

Do ponto de vista legal, a laqueadura tubária no Brasil, segundo estabelecido pela Lei no 9.263/96, entre outros pré-requisitos, apenas pode ser realizada diante de mais de 60 dias entre a manifestação do desejo e o procedimento. Não pode, por isso, ser realizada no período do parto, aborto ou até o 42º dia pós-parto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a um segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Nesse caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos. Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso por ambos os cônjuges. Desse modo, no caso em tela, cabe ressaltar que, diante de tal infração, é concebível ao infrator reclusão de dois a oito anos e multa, podendo a pena ser aumentada em um terço pelo fato de a infração ter ocorrido no parto.

No Código de Ética Médica, também fica evidente a infração, tendo em vista ser vedado ao médico praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do país e descumprir legislação específica de esterilização. É proibida ainda a descrição indevida de procedimentos em prontuário.

Em nosso país, historicamente, cesáreas eram indicadas com o intuito de se proceder à esterilização. A fim de reduzir a indicação de partos cirúrgicos por essa finalidade, surgiu a lei, que deve ser seguida. Tendo em vista que a mesma paciente solicitante do procedimento pode arrepender-se e vir a processar o profissional assistente que acatou seu pedido, ele se condiciona em situação delicada, sem defesa, diante da clara transgressão. Vale ressaltar ainda que a faixa etária da paciente em questão torna essa possibilidade bastante pertinente, uma vez apontada na literatura a relação inversa entre idade e taxa de arrependimento por métodos contraceptivos definitivos, evidenciando que pacientes jovens tendem ao arrependimento com maior frequência quando submetidas a esses procedimentos. Diante de situações em que a laqueadura não é permitida ou em mulheres jovens, o médico deve buscar sempre orientar acerca das opções disponíveis, ressaltando inclusive a existência de métodos reversíveis tão ou mais efetivos, a exemplo do implante de progesterona e do DIU hormonal.

No tocante à conduta do colega médico em omitir-se diante da infração ética e legal da obstetra, o artigo 50 do Código de Ética Médica esclarece as circunstâncias com objetividade. Estabelece que é vedado ao médico

acobertar erro ou conduta antiética de um colega. No entanto, não se pode negar a situação delicada à qual o anestesista foi exposto.

REFERÊNCIAS

BONATTI, A. F. *et al.* **Fatores associados ao tipo de gestação não planejada na estratégia de saúde da família**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 871-876, 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6256. Acesso em: 25 jun. 2020.

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

FEBRASGO. **Manual de Orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério**, 2010. Disponível em: http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/ASSIST%C3%8ANCIA%20AO%20PARTO,%20PUERP%C3%89RIO%20E%20ABORTAMENTO%20-%20FEBRASGO%202010.pdf. Acesso em: 25 jun. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

ONU BRASIL. Organização das Nações Unidas Brasil, 2016. **Quase metade das gestações no Brasil não é planejada**. Disponível em: https://nacoesunidas.org/quase-metade-das-gestacoes-no-brasil-nao-e-planejada-destaca-fundo-de-populacao-da-onu/. Acesso em: 25 jun. 2020.

PETCHESKY, R. P. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Orgs.). **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999.

ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia**. 3. ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2016.

O aluno como prioridade no ensino médico

Vinícius Antônio Santos Aragão[1]
Ângela Maria da Silva[2]

Antônio, interno de Medicina, chegou ao seu primeiro plantão pela obstetrícia. Na maternidade, encontrou o profissional que acompanharia, Dr. Antunes. Junto a ele, um rapaz que o preceptor alegou ser seu aluno de outro período. No primeiro atendimento da noite, o Dr. Antunes mandou seu aluno de confiança colher a história da paciente, realizar o exame físico e registrá-los em prontuário. Antônio, o aluno novato, perguntou se poderia participar de alguma etapa do atendimento, porém seu preceptor afirmou que não seria necessário. Seu aluno de longa data complementou que, por conta de sua maior experiência, não havia necessidade de conferência de seus atos. Ao longo do plantão, este indivíduo delegou condutas como internações, necessidade de partos operatórios, além de ter participado como primeiro auxiliar de procedimentos cirúrgicos.

No horário de descanso do preceptor, já com o plantão mais calmo, os alunos se puseram a conversar. O mais antigo afirmou que, na verdade, era técnico de enfermagem que atuava como instrumentador cirúrgico do Dr. Antunes no serviço privado e que o acompanhava por ter o sonho de, um dia, tornar-se médico. Informou ainda que seu chefe sabia da sua situação acadêmica e que ninguém interferia na situação porque o preceptor conhecia autoridades que poderiam manter seu cargo, já tendo, inclusive, levado à demissão uma funcionária que questionou a relação intra-hospitalar entre os dois. Incomodado com a situação, Antônio fez alguns questionamentos à coordenadora do seu internato acerca da situação vivenciada.

---

1 Médico pela Universidade Federal de Sergipe - UFS.

2 Graduação pela UFS. Infectologista e mestre em Medicina Tropical pela UNB. Doutora em Infectologia pela Unifesp. Professora do Departamento de Medicina da UFS. Preceptora da Residência de Infectologia do HU-UFS. Superintendente do HU-UFS/EBSERH.

Questões provocativas

Já que seu instrumentador o acompanhava há muito tempo, o preceptor poderia deixá-lo atuar livremente como plantonista?
Como o preceptor estava "ensinando", ele não poderia agir daquela forma?
Foi injusto o que ele fez com a profissional que o denunciou?

Discussão

Logo de início, pode-se perceber que algo não está certo. Qualquer estudante de Medicina que iniciasse um estágio em tais condições iria, no mínimo, sentir-se incomodado. De pronto, seus questionamentos são totalmente compreensíveis; ele sente seu espaço cerceado e percebe que questionar é preciso! Vejamos as infrações éticas no caso exposto.

Inicialmente, pode ser vista infração ética frente ao disposto no artigo 2º do Capítulo III do Código de Ética Médica. Esse artigo diz que *é vedado ao médico delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica* (CFM, 2019).

Fica claro onde o caso se encaixa nesse artigo. O preceptor delegou as funções de médico ao técnico de enfermagem que lhe era íntimo. Algumas delas ficam claras na lei do ato médico de 2013, que afirma, por exemplo, que a indicação e execução da intervenção cirúrgica, além da indicação de internação hospitalar, são atos vedados ao médico. Isso sem falar do estabelecimento de diagnósticos ou da realização de prescrição médica (BRASIL, 2013).

Há um capítulo no Código de Ética Médica que trata sobre ensino e pesquisa médica. Trata-se do Capítulo XII, e o artigo 109 afirma o seguinte:

> É vedado ao médico deixar de zelar, quando docente ou autor de publicações científicas, pela veracidade, clareza e imparcialidade das informações apresentadas, bem como deixar de declarar relações com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam configurar conflitos de interesse, ainda que em potencial (CFM, 2019).

Apesar de longo, é possível perceber que o artigo traz algo interessante para o caso. Inicialmente, o preceptor afirma a pacientes e aos outros

alunos que seu instrumentador é estudante de Medicina a fim de legitimar as atitudes deste. Houve grave ferimento à ética médica. Ademais, mesmo que o preceptor estivesse com a intenção de ensino, ele não buscou ao menos confirmar as impressões do seu "aluno".

Quanto à terceira questão, é possível afirmar que sim, o preceptor foi injusto e, além disso, antiético. O "Capítulo VII: Relação entre profissionais" disserta acerca do assunto. Seu artigo 56 deixa a situação ainda mais clara: *é vedado ao médico utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos* (CFM, 2019).

Fica claro que o preceptor obstetra utilizou, ao menos em algum momento, seu poder dentro da instituição, ou até fora dela, em favor de interesses próprios, levando à demissão citada ao final do caso.

Pode-se perceber que é um caso rico em erros de conduta e de exemplos do que não se deve fazer. Ampliando a discussão, qual ensinamento esse profissional levaria a alguém que o seguisse? A resposta é triste e negativa, independentemente da área de atuação. É uma pena que isso seja até "crônico" no ensino médico brasileiro.

Comentário do especialista

"Eu juro, por Apolo médico, por Esculápio, Hígia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir [...]". Assim começa o discurso que todo médico faz em sua formatura: o juramento de Hipócrates. Embora aparente ser um discurso puramente formal, precisa ser introjetado por cada profissional médico durante todo o exercício de sua profissão.

Percebe-se que, no caso em questão, o famoso juramento não foi respeitado, optando o médico por uma conduta antiética sob alegação de amizade. É possível inferir que, se ele não assume uma postura ética profissional, também não o fará no âmbito de seus relacionamentos, refletindo-se, dessa forma, em todo o seu comportamento humano. Arrisca-se afirmar que tal profissional não deveria se propor ao exercício de atividade tão nobre quanto a de educar, para que o seu exemplo não prolifere entre os jovens futuros médicos. Os profissionais do amanhã precisam ter ciência de que um bom médico não é aquele que apenas detém conhecimento técnico sobre Medicina, mas aquele que traz consigo esse conhecimento aliado à humanidade, empatia, compaixão e ética.

Os estudantes de Medicina não deveriam ficar tristes ou contrariados com esse preceptor. Deveriam, por outro lado, manter distância e solicitar mudança de plantão se não fosse possível um outro orientador.

Referências

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Brasília, **Casa Civil**: Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Código de Ética Médica**: resolução CFM nº 2.217 de 27/09/2018. Brasília: CFM, 2019.

Limites éticos da pesquisa científica em tempos de Covid-19

Patrick Joaner Lobo Triarca[1]
João Batista Cavalcante Filho[2]

Maria Lúcia (nome fictício), 46 anos, do sexo feminino, procura a UBS de seu bairro em Aracaju referindo tosse seca há 2 dias, que cursou com febre e cefaleia nas últimas 24 horas. Relata ter feito uso de Dipirona, 500 mg, apenas em uma ocasião, sem alívio dos sintomas. Nega desconforto respiratório ou outras queixas associadas. Diz que nenhum de seus contactantes apresenta quaisquer sintomas. Nega viagens recentes e refere adesão ao isolamento social orientado pela Organização Mundial da Saúde devido ao corrente período de pandemia da Covid-19. Ao exame físico, apresentava-se febril (Tax: 38,3°C) e taquicárdica (FC: 104 bpm – atribuído à febre) com ausculta respiratória normal.

A médica da unidade informa à paciente que seu quadro é de provável diagnóstico de infecção pelo novo coronavírus, mas, segundo recomendação do Ministério da Saúde, o indicado é que ela fique em isolamento domiciliar em uso de sintomáticos. Explica para a paciente que ainda não há indicação de realização de teste diagnóstico devido à fase precoce dos sintomas.

No entanto, informa à Maria Lúcia que está fazendo uma pesquisa local sobre o uso de Hidroxicloroquina, já que o principal representante do Governo Federal tem fomentado que sejam provados os benefícios da medicação. Conta à paciente que o CFM deliberou recentemente a favor do uso domiciliar da substância, desde que médico e paciente decidissem juntos sobre o tratamento.

---

1 Médico pela Universidade Federal de Sergipe - UFS.

2 Médico pela UFPB. Participou da Formação de Ativadores de Processos de Mudança na Educação Superior de Profissionais de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Especialista em Saúde Coletiva pela UFS. Professor da UFS. Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela AMB. Mestrado em Saúde Coletiva pela UEFS. Doutorando da linha de pesquisa *Formação de Recursos Humanos e Organização de Serviço de Saúde* pela UFS.

A paciente, angustiada, sentiu que não tinha conhecimento suficiente para decidir sobre a medida terapêutica. Preferiu confiar na conduta proposta pela médica e concordou com o tratamento, mesmo sem entender os seus possíveis efeitos colaterais.

Questões provocativas

No que se refere à proposta terapêutica, a conduta médica tomada foi ética?
Diante de uma situação caótica, realizar uma pesquisa científica sem registro oficial pode ser considerado uma atitude antiética?
Que outra motivação para a pesquisa viola a determinação do Conselho de Ética Médica?

Discussão

A Covid-19 é uma das maiores crises de saúde pública da história recente. Desde dezembro de 2019, com seu grande impacto mundial, tem provocado as mais diversas reações das classes médica e científica.

Segundo Stebbing *et al.* (2020), tanto a Covid-19 quanto a síndrome respiratória aguda grave – SARS são caracterizadas por uma resposta inflamatória super exuberante, e, para a SARS, a carga viral não está correlacionada com a piora dos sintomas. Esse e outros conhecimentos deram margem para uma gama de teorias, muitas vezes com trabalhos científicos às pressas, mas valorosamente considerados quando seguidos de protocolos preconizados pela comunidade científica e respeitando os valores éticos.

No caso relatado, ainda que indo contra todas as evidências científicas até o final do primeiro semestre de 2020, a médica tomou uma conduta terapêutica inadequada, bem como agiu de má-fé no âmbito da pesquisa científica. No que se refere apenas à terapia, ainda que aparentemente assegurada por resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM, a profissional violou o Código de Ética Médica.

Através do Parecer CFM nº 04/2020, publicado no dia 23 de abril de 2020, o CFM autorizou o uso da Hidroxicloroquina para o tratamento da Covid-19, considerando critério médico e consentimento do paciente, sem revogação até o momento da escrita deste texto. Entretanto, a medicação não tem respaldo para uso pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, nem pela Associação Médica Brasileira – AMB, órgãos regula-

mentadores do uso de medicamentos no Brasil. Por outro lado, o Conselho Federal de Medicina não é considerado órgão competente em deliberação terapêutica. Dessa maneira, o ato observado no caso viola o Código de Ética Médica, como se pode observar em seu artigo 102:

> Capítulo XII
> ENSINO E PESQUISA MÉDICA
> É vedado ao médico:
> Art. 102. Deixar de utilizar a terapêutica correta quando seu uso estiver liberado no País.
> Parágrafo único. A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal, adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis consequências (BRASIL, 2019).

Além disso, cabe salientar que, no caso descrito, a paciente não foi orientada quanto às possíveis consequências do uso da medicação sugerida. Assim, nota-se que ela não estava devidamente esclarecida para consentir ou não a respeito de seu próprio tratamento.

Além das violações relatadas, observa-se o grave problema do desenvolvimento de pesquisa sem amparo ético. Qualquer trabalho científico necessita de registro no Conselho de Ética, mesmo num estado de caos. Segundo o CEM, artigo 100, *é vedado ao médico deixar de obter aprovação de protocolo para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a legislação vigente*. Já o artigo 103 reforça que:

> É vedado ao médico realizar pesquisa em uma comunidade sem antes informá-la e esclarecê-la sobre a natureza da investigação e deixar de atender ao objetivo de proteção à saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente (BRASIL, 2019).

A prescrição médica sem comprovação científica é um processo que, por vezes, existe em situações extraordinárias, mas que exige parcimônia para avaliar sua aplicabilidade sem ferir a ética. Retomando conceitos, com base no Relatório de Belmont de 1978, que trazia os princípios bioéticos do respeito às pessoas, da beneficência e da justiça, Beauchamp e Childress

(2002) descreveram 4 princípios éticos médicos guias de atuação: o princípio da autonomia, o princípio da não maleficência, o princípio da beneficência e o princípio da justiça. Para Beauchamp e Childress (2002):

> [...] muitas das decisões na assistência à saúde dependem menos de se respeitar a autonomia do que de se preservar a capacidade de autonomia e as condições de uma vida com significado. Portanto, o respeito à autonomia com frequência é menos importante do que manifestações de beneficência e compaixão. [...] O princípio de respeito à autonomia deve ser entendido enquanto estabelecendo um firme direito de autoridade para o controle do próprio destino pessoal, mas não como a única fonte de obrigações e direitos morais.

Apesar do que é citado, conforme Dall'agnol (2004), esses princípios devem "funcionar juntos e de maneira harmônica, complementando-se um ao outro". A autonomia não pode ser privilegiada, tampouco esquecida. No caso clínico discutido, ainda que houvesse a tentativa de respaldar atos extraordinários com a compaixão, sabe-se que outros princípios bioéticos seriam lesados, como o da não maleficência em face dos riscos colaterais de medicações não comprovadas com o método científico.

Por fim, ao afirmar como uma de suas motivações o fato de que um representante do governo sem formação em saúde deseja provar os benefícios de uma medicação, pode-se subentender um interesse político na realização dessa pesquisa. O Conselho de Ética Médica em seu artigo 99 relata que é vedado ao médico participar de qualquer tipo de experiência envolvendo seres humanos com fins bélicos, políticos, étnicos, eugênicos ou outros que atentem contra a dignidade humana.

Comentário do especialista

No final do ano de 2019, um novo coronavírus foi identificado como a causa de um conjunto de casos de pneumonia em Wuhan, China, provocando a emissão de um alerta pela Organização Mundial da Saúde – OMS. Com alta infectividade, o vírus se espalhou rapidamente por todo o mundo, sendo designado como SARS-CoV-2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2, e a doença que provoca foi nomeada Covid-19 – Coronavírus 2019 (COEN; BLAU, 2020).

A Covid-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia em 11 de março de 2020. Foram confirmados no mundo 32.037.287 casos de Covid-19 e 979.435 mortes até 25 de setembro de 2020 (OPAS, 2020).

Apesar de haver fortes evidências relacionadas à prevenção da disseminação da doença, à importância do diagnóstico precoce de casos seguido de isolamento social e ao cuidado dos pacientes com Covid-19 que necessitam de internação hospitalar, a mesma força de evidência não se encontra em relação ao tratamento farmacológico específico para os casos menos graves (CFM, 2020).

O Parecer no 04/2020 do Conselho Federal de Medicina propõe que seja considerado (não é uma recomendação) o uso da Hidroxicloroquina – citada no caso em análise – para as pessoas com diagnóstico confirmado de Covid-19 e descartadas outras viroses, devido ao perfil de segurança da droga, ao reconhecimento de seu mecanismo de ação e ao potencial terapêutico. O Parecer reforça o poder discricionário do médico assistente na prescrição e a necessidade de essa ser uma decisão compartilhada, sendo o médico (CFM, 2020, p. 6):

> Obrigado a relatar ao doente que não existe até o momento nenhum trabalho que comprove o benefício do uso da droga para o tratamento da Covid-19, explicando os efeitos colaterais possíveis, obtendo o consentimento livre e esclarecido do paciente ou dos familiares, quando for o caso.

O CFM é taxativo em relação à prescrição do medicamento: não cometerá infração ética o médico que utilizar a Cloroquina ou Hidroxicloroquina, nos termos do Parecer 04/2020, em pacientes portadores da Covid-19. Porém, o caso em análise aponta que a paciente não tem diagnóstico confirmado de Covid-19 e declara não estar ciente dos efeitos colaterais da medicação, o que descumpre termos do Parecer. Cumpre destacar que o CFM afirma que as considerações do Parecer podem ser modificadas com o advento de novas evidências.

Apesar da possibilidade de prescrição, é preciso ter em foco que as evidências científicas sempre foram uma das principais ferramentas da atuação médica. Ante a fragilidade das evidências favoráveis ao uso da Hidroxicloroquina, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB, a Sociedade Brasileira de Infectologia – SBI e a Sociedade Brasileira de

Pneumologia e Tisiologia – SBPT (FALAVIGNA *et al.*, 2020), após extensa avaliação das evidências disponíveis para o tratamento farmacológico da Covid-19, posicionaram-se contra o uso rotineiro da Hidroxicloroquina para pacientes ambulatoriais em virtude de as evidências disponíveis não sugerirem benefício clinicamente significativo do tratamento. Além disso, constataram que o risco de eventos cardiovasculares com o uso dessas medicações é moderado, concluindo que seu uso preferencial deve ser realizado mediante protocolos de pesquisa clínica.

Prezar pelo rigor ético e pelos padrões científicos e normativos nas pesquisas sobre possíveis medicamentos é essencial, mesmo em tempos de pandemia (BONELLA; ARAUJO; DALL'AGNOLL, 2020). No caso em análise, a paciente é informada sobre uma pesquisa local motivada pelo fomento do Governo Federal em provar os benefícios da medicação.

Não há elementos para analisar o protocolo dessa pesquisa local, se foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, se obedeceu aos princípios da Resolução no 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e se obedeceu às fases que a legislação brasileira aponta para a realização de pesquisas clínicas (BONELLA; ARAUJO; DALL'AGNOLL, 2020). Quando analisadas questões éticas, não seguir a legislação vigente viola o artigo 100 do Capítulo XII do Código de Ética Médica – CEM, que diz: *é vedado ao médico deixar de obter aprovação de protocolo para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a legislação vigente*. E há que se questionar a motivação para a realização da pesquisa: o estímulo do representante do Governo Federal em provar os benefícios da medicação. Até que ponto essa motivação afeta a independência profissional e científica em relação a financiadores de pesquisa médica? Mesmo que esse financiamento não seja direto, não manter essa independência é violar o artigo 104 do Capítulo XII do CEM.

O que todos queremos, médicos e pacientes, são medicamentos e vacinas eficazes para enfrentar esse que é o maior desafio da história do Sistema Único de Saúde – SUS. As evidências científicas são ferramentas cruciais para o cuidado respeitoso com os pacientes, e os padrões éticos das pesquisas científicas e dos ensaios clínicos precisam ser seguidos em prol da boa prática.

Referências

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BONELLA, A. E; ARAUJO, M.; DALL'AGNOLL, D. **Bioética em tempos de pandemia**: Testes clínicos com Cloroquina para tratamento de Covid-19. Verit, Porto Alegre, v. 65, n. 2, p. e37991, 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [online]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/ l8069.htm. Acesso em: 7 maio 2020.

COEN, P.; BLAU, J. Coronavirus disease 2019 (Covid-19): Outpatient management in adults. **UpToDate**. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-Covid-19-outpatient-management-in-adults. Acesso em: 9 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Aprova o Código de Ética Médica [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, p. 179, 1º nov. 2018. Seção 1. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf. Acesso em: 27 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Processo - Consulta CFM nº 8/2020 - Parecer CFM nº 4/2020. **Considerar o uso da cloroquina e hidroxicloroquina, em condições excepcionais, para o tratamento da Covid-19**. Brasília, 16 de abril de 2020. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4. Acesso em: 27 set. 2020.

DALL'AGNOL, D. **Bioética**: princípios morais e aplicações. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

FALAVIGNA, M. *et al.* Diretrizes para o tratamento farmacológico da Covid-19. Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 166-196, June 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2020000200166&lng=en&nrm=iso. Accesso em: 27 set. 2020. https://doi.org/10.5935/0103-507x.20200039.

O'NEILL, O. **Autonomy and Trust in Bioethics**. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Folha informativa – Covid-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:Covid19&Itemid=875. Acesso em: 27 set. 2020.

STEBBING, J. *et al.* Covid-19: combining antiviral and anti-inflammatory treatments. **Lancet Infect Dis**, v. 20, n. 4, p. 400-402, 2020. doi:10.1016/S1473-3099(20)30132-8.

Fertilização *post-mortem* e seus impedimentos

Byanka Porto Fraga[1]
Elaine Cristina Santana Rodrigues[2]

Marília Freitas Gonçalves dos Santos (nome fictício), 38 anos, sexo feminino, bancária, católica, natural de Aracaju-SE, foi casada com Roberto Prado dos Santos (nome fictício), sexo masculino, por 5 anos. Depois de 4 anos de casamento, ele foi diagnosticado com câncer de testículo em estágio avançado. Preocupado com a possibilidade de tornar-se estéril, iniciou o processo de congelamento de sêmen em meio ao tratamento oncológico e faleceu um ano depois. Marília, guiada pelo sonho de ser mãe, decide fazer uma fertilização *in vitro* – FIV, já que seu marido deixou congelado e autorizado o uso do seu sêmen. Dessa forma, ela busca um serviço especializado e vai à sua primeira consulta, na qual o médico explica todo o processo, e as dúvidas dela são sanadas, inclusive sobre a quantidade de embriões transferidos devido à sua idade, o que a deixa preocupada, pois só pretende ter um filho, e ainda, ao final da consulta, ela deixa claro que sua preferência é que seja do sexo masculino. Iniciado o tratamento, é transferido apenas um embrião, e, ao final de nove meses, ela dá à luz um saudável menino, que é, em homenagem ao pai, chamado de Roberto Filho.

1 Fisioterapeuta pela UNIT. Discente de Medicina a UNIT. Especialista em Biomecânica e Cinesioterapia Funcional pela UNIT. Mestre em Ciências da Saúde pela UFS. Doutora em Biotecnologia da Saúde pela UFS. Docente do Departamento de Educação em Saúde - DESL, UFS.

2 Médica pela Universidade Federal de Sergipe - UFS. Residência em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Leonor Mendes de Barros, em São Paulo. Pós Graduação em Infertilidade Conjugal pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Pós-Graduação em Reprodução Humana pela Associação Paulista de Medicina Reprodutiva.

Questões provocativas

Caso o marido não deixasse autorizado o uso do seu sêmen, este poderia ser utilizado?
O número de embriões transferidos vai de acordo com a escolha de cada paciente? O que fazer com os excedentários?
Como ela queria ter um bebê do sexo masculino, é correta a escolha do sexo do embrião antes da implantação?

Discussão

Com o avanço da Medicina, hoje a fertilização é uma realidade, mas, em contrapartida, enquanto essas técnicas avançam a passos largos, a normatização das leis não acompanha no mesmo ritmo. Atualmente, a FIV é regulamentada pela Resolução no 2.168/2017 do Conselho Federal de Medicina – CFM, mais precisamente o Capítulo VIII, que trata sobre a reprodução assistida post-mortem:

> É permitida a reprodução assistida *post-mortem* desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente.

O Código Civil de 2002, no seu art. 1.597, incisos III, IV e V, trata da reprodução humana assistida – RHA, sendo que a concepção artificial homóloga é aquela realizada com material genético de ambos os cônjuges e heteróloga, aquela realizada com material genético de terceiros (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2020).

Porém, segundo Barboza (2004), o inciso III deixa margem a discussões a respeito da não concordância do marido falecido em relação à concepção e eventual oposição sobre a utilização do material genético do de *cujus*. Dessa forma, como os tribunais brasileiros ainda não pacificaram o tema, existem algumas decisões que permitem a utilização de material genético e outras que não o permitem (GOMINHO; CAMPOS JUNIOR; PEREIRA, 2016).

Por outro lado, caso o marido não tivesse deixado seu consentimento prévio para a realização desse procedimento, seria necessário recorrer à justiça, pois, como ainda não existe uma definição jurídica, cabe a cada tribunal observar o caso e tomar uma decisão. Como exemplos no Brasil,

houve um caso em Curitiba-PR no qual foi determinada judicialmente a inseminação *post-mortem*, e, mesmo com o CFM não concordando, o procedimento foi realizado (ARAÚJO, 2010).

Em outra ação, o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios foi acionado pelo mesmo motivo e negou a utilização, fundamentando que o cônjuge não manifestou a sua vontade e entendendo que o fato de este ter guardado material genético não significaria uma aceitação expressa para uma inseminação posterior à morte (BRASIL, 2014). Por falta de dispositivo legal, presumir o consentimento do de *cujus* caracterizaria violação ao princípio da autonomia da vontade (GALISA, 2019).

Sendo assim, existem defensores das duas correntes: se, por um lado, Albuquerque Filho (2006) afirma que, como o planejamento familiar se dá quando vivos os partícipes, seus efeitos podem, também, se produzir para após a morte. Por outro lado, Leite (1995) entende não ser possível deferir pedido para inseminação após falecimento do genitor e cita diversas razões, dentre elas a que, se não há mais casal solicitando um filho, não há justificativa para inseminação, por isso desaconselha essa prática. Diante disso, o consentimento do doador por escrito é de extrema importância, pois a simples existência do material não é garantidora de consentimento para realização de uma futura inseminação (GALISA, 2019).

Diante do caso supracitado, do ponto de vista médico, a RHA após a morte do doador foi realizada porque o *de cujus* fez uma prévia autorização escrita, existindo, assim, o desejo de constituir família no ato da doação de material genético e permitindo o uso deste mesmo *post-mortem*.

Quanto ao número de embriões transferidos, segundo a Resolução no 2.168/2017 do CFM, o item I-7 determina que: a) mulheres com até 35 anos: deve-se implantar até 2 embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres com 40 ou mais: até 4 embriões. Dessa forma, como a mulher do caso tinha 38 anos, poderiam ser transferidos até 3 embriões, porém, com medo de gravidez múltipla – já que, segundo a mesma Resolução, no item I-8, é afirmado que, em caso de gravidez múltipla decorrente do uso de técnicas de reprodução assistida, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária –, a paciente declinou dessa possibilidade. Por isso, ao transferir apenas um embrião, a paciente, além de evitar gestação múltipla, diminuiu seu risco na gravidez e, ainda, evitou a redução embrionária, na medida em que essa restrição se dá porque no Brasil o aborto não é permitido ((LEITE; HENRIQUES, 2014).

Como esse procedimento ocorre em laboratório, é possível ter controle do número de embriões gerados e de quantos serão implantados na paciente, e aqueles não implantados são chamados de embriões excedentários ou supranumerários (PEREIRA; PACÍFICO, 2010). Assim, na existência de embriões excedentários, conforme a Resolução no 2.168/2017, item V:

1. As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, oócitos, embriões e tecidos gonádicos.
2. O número total de embriões gerados em laboratório será comunicado aos pacientes para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco, conforme determina esta Resolução. Os excedentes, viáveis, devem ser criopreservados.
3. No momento da criopreservação, os pacientes devem manifestar sua vontade, por escrito, quanto ao destino a ser dado aos embriões criopreservados em caso de divórcio ou dissolução de união estável, doenças graves ou falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.
4. Os embriões criopreservados com três anos ou mais poderão ser descartados se esta for a vontade expressa dos pacientes.
5. Os embriões criopreservados e abandonados por três anos ou mais poderão ser descartados.

Além disso, no Brasil, a Lei de Biossegurança (Lei nº 11.105/2005), no seu artigo 5º, inciso II, possibilita que embriões humanos produzidos por FIV e não utilizados no prazo de 3 anos sejam destinados para pesquisa com anuência dos genitores. Sendo assim, esses embriões criopreservados poderão ter como destino: transferência ao útero da paciente para nova gravidez, descarte, envio para pesquisas científicas ou doação para outros pacientes.

O descarte dos embriões é um assunto bastante controverso, pois, do ponto de vista religioso, Barretto e Lauxen (2017) explicam que, para religiões como o Cristianismo, a vida se inicia com a concepção, por isso abordaria questões éticas relacionadas ao aborto. Então, o encaminhamento dos embriões excedentes para pesquisas científicas aparenta ser a destinação mais nobre se contraposta ao descarte (ELER, 2015), como também a doação embrionária (sem caráter lucrativo), pois esta seria uma oportunidade aos pais impedidos de ter filhos naturais de serem beneficiados (MADALENO, 2017).

Quando o assunto é a sexagem do embrião para escolha do sexo, o CFM, na Resolução no 2.168/2017, item I-5, afirma que as técnicas de RHA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto para evitar doenças no possível descendente. Isso quer dizer que, em situações em que é detectada uma grande chance de que a criança venha a desenvolver doenças genéticas em razão do sexo, é permitido selecionar o embrião a ser transferido de acordo com o sexo.

Diante do exposto, é importante compreender que quanto ao número de embriões o procedimento foi correto, entretanto o CFM, no Capítulo III, inciso 2, do artigo 15, proíbe veementemente a fertilização com o objetivo de criar seres humanos geneticamente modificados, bem como a criação de embriões para fins de pesquisa e a escolha de sexo ou eugenia, por isso a escolha do sexo gera para o médico problemas éticos passíveis de punição.

Esse tema, por conseguinte, envolve questões éticas, jurídicas e religiosas, pois, enquanto o CFM dispõe sobre essa temática, o mesmo não acontece na parte jurídica, necessitando assim de um aprofundamento do debate para regulamentá-lo, observando-se todas as variáveis.

Comentário do especialista

Desde o nascimento de Louise Brown em 1978, o primeiro bebê de proveta, a reprodução assistida vem caminhando a passos largos em direção à realização do sonho de formação de novas famílias. Frente ao grande crescimento da incidência da infertilidade conjugal, seja por mudanças importantes no estilo de vida (aumento do sedentarismo, obesidade e abuso no uso de substâncias tóxicas por homens e mulheres), seja pelo adiamento da maternidade por questões de ordem pessoal, profissional e afetiva, assim como pela perda da capacidade reprodutiva por doenças oncológicas, as técnicas assistidas de reprodução se mostraram cada vez mais necessárias, sendo então desenvolvidas e estudadas com afinco e entusiasmo por toda a comunidade científica mundial.

Hoje, a fertilização *in vitro* – FIV clássica, a ICSI – injeção intracitoplasmática de espermatozoides, o congelamento de gametas e as biópsias embrionárias, que possibilitam a seleção de embriões saudáveis, permitem a resolução da grande maioria das causas de infertilidade. Fatores anatômicos, endometriose, falência ovariana precoce por causas diversas e alterações seminais já não podem ser impeditivas do desejo de gestar.

Da mesma forma, indivíduos que não desejem ou sejam obrigados a adiar os planos de concepção têm a possibilidade de planejar o momento adequado da melhor maneira.

No entanto, a reprodução assistida ainda esbarra em questões de cunho ético e religioso que precisam ser amplamente discutidas para que se estabeleçam critérios no manejo de tantas possibilidades abertas por tais técnicas. No Brasil, não há legislação específica que orquestre o uso da FIV e das biópsias embrionárias e defina tantos impasses que enfrentamos no dia a dia das clínicas por todo o país. O Conselho Federal de Medicina – CFM, em 1992, publicou a primeira resolução que norteia a prática das técnicas de reprodução e, desde então, vem atualizando essa normativa, com últimas atualizações em 2010, 2013, 2015 e, por fim, 2017, sempre mirando o desenvolvimento comportamental da sociedade e dos novos formatos de famílias.

Questões como o consentimento informado, obrigatório em todos os procedimentos, garantem que o casal, por vezes tão fragilizado por tentativas frustradas de concepção natural, não incorra na possibilidade de ter seu material biológico (gametas, tecido terminativo ou embriões) utilizado de maneira não desejada. Com a melhoria e evolução das tecnologias e o uso de indução de ovulação com medicações muito efetivas e de baixos efeitos colaterais, a produção de embriões excedentes não é incomum. Assim, a decisão de quantos embriões transferir, sempre cientes dos riscos de geração múltipla, deve ser sempre considerado e discutido com os cônjuges, de modo a minimizar desfechos insatisfatórios.

No caso de embriões excedentes, a questão religiosa sempre se apresenta como fator de grandes polêmicas, já que considera que a vida se inicia no momento da fertilização. A resolução atual do CFM orienta que os embriões não transferidos sejam congelados e que o casal seja consultado quanto ao destino desses embriões após um período de 3 anos, podendo serem doados para pesquisas científicas ou para outros casais inférteis, oferecendo uma alternativa altruísta ao descarte dos embriões, e, após esse período, isso também pode ser considerado.

Já é possível, através de biópsias do trofoectoderma de embriões de 5 dias, verificar seu número de cromossomos antes de transferência, assim como a detecção de doenças monogênicas como fibrose cística, doença de Huttington, anemia falciforme e aquelas ligadas ao sexo. Somente em casos de risco de transmissão de tais doenças, ou idade materna avançada

no momento do tratamento, a biópsia é indicada, assim como em casos de compatibilidade HLA – Antígeno Leucocitário Humano para transplante em irmãos. Embriões euploides elevam de forma significativa os índices de sucesso nos procedimentos reprodutivos.

Diz-se, ainda, que não é incomum recebermos nos consultórios de infertilidade casais que desejam escolher o sexo ou características físicas específicas dos bebês provenientes de seus tratamentos, mas o CFM não permite que tal conduta seja adotada. É extremamente importante que esse tópico seja exaustivamente discutido, uma vez que, eticamente, a escolha voluntária de fenótipos ou sexo se caracteriza como eugenia. Para isso, médicos, cientistas e religiosos precisam se unir para que essa prática seja evitada com rigor, sendo o melhor caminho o da informação, educação e conscientização de todos os envolvidos no processo.

Outros caminhos espinhosos em relação à ética, mas que se mostram como excelentes alternativas para questões humanas complexas, são o útero de substituição e a gestação compartilhada. Hoje pacientes de até 50 anos podem gestar com óvulos de doadoras, desde que estas tenham até 35 anos e a doação não tenha caráter comercial. Também é consentido pela resolução do CFM de 2017 que a receptora arque com parte do tratamento da doadora. Ainda é mandatório que a doação seja anônima, evitando questões jurídicas de reivindicação de maternidade. Já em relação à cessão temporária de útero, pacientes sem condições de gestar por questões diversas podem ser mães tendo seus embriões implantados numa parente saudável de até quarto grau. A resolução brasileira, efetivamente, ainda é conservadora em relação à doação de gametas e embriões, dificultando de certa forma o procedimento, já que não existem bancos de gametas disponíveis e acessíveis, porém é provável que isso se modifique com o decorrer das atualizações futuras.

Casais homoafetivos femininos e masculinos são uma realidade consolidada desde o reconhecimento pela jurisdição do casamento entre pessoas do mesmo sexo. Da mesma forma, pessoas solteiras também podem ser beneficiadas com a possibilidade de formarem famílias. Nesse aspecto, a reprodução assistida se apresenta como ferramenta facilitadora para uma fatia crescente de pessoas que precisam ter assegurados o direito de serem pais e mães.

Quanto à reprodução assistida post-mortem, esta é permitida desde 2010, e as últimas atualizações vêm facilitando o acesso do cônjuge ao tra-

tamento depois do falecimento do parceiro, desde que haja consentimento assinado previamente. Questões de herança e paternidade se configuram como as maiores dificuldades jurídicas relacionados a tal procedimento.

Indubitavelmente, as técnicas de reprodução caminham com o objetivo de fazer da especialidade uma área que une a condição genética e o desenvolvimento científico a um fator humano muito pronunciado, visto que a infertilidade conjugal apresenta crescimento constante, trazendo frustração e sofrimento a quem a vivencia nas formas mais variadas.

Em breve, através da conscientização da população-alvo sobre a existência das técnicas e do seu direito à facilitação do acesso a elas, isso fará da reprodução assistida uma especialidade médica fundamental. A questão ética e religiosa é latente e precisa ser amarrada a esse crescimento através de debate amplo, resoluções menos conservadoras, desenvolvimento e aplicação de leis e do direito como parceiros fundamentais.

Referências

ALBUQUERQUE FILHO, C. C. Fecundação artificial post mortem e o direito sucessório. Família e dignidade humana, **Anais do V Congresso Brasileiro de Direito de Família**. São Paulo: IOB Thompson, 2006.

ARAÚJO, G. **Justiça autoriza professora a usar sêmen de marido morto no Paraná**. G1, 2010. Disponível em: ttp://g1.globo.com/brasil/noticia/2010/05/justica-autoriza-professora-usar-semen-de-marido-morto-no-parana.html. Acesso em: 10 jul. 2020.

BARBOZA, H. H. Reprodução assistida e o novo Código Civil. In: SÁ, M. F. F.; NAVES, B. T. O. (Orgs.). **Bioética, Biodireito e o Novo Código Civil de 2002**. 1. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

BARRETTO, V. P.; LAUXEN, E. C. U. O marco inicial da vida humana: perspectivas ético-jurídicas no contexto dos avanços biotecnológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, 2017.

BRASIL. **Código Civil,** Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002. 6. ed. São Paulo: Manole, 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.105**, de 24 de março de 2005. Regulamenta os incisos II, IV e V do parágrafo 1º do art. 225 da Constituição Federal e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 de março de 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução CFM nº 2.168/17, de 21 de Setembro de 2017**. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da

observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudarão a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos – tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros, publicada no D.O.U. de 10 de novembro de 2017, Seção I, p. 73.

_____. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2217 de 27/09/2018. Brasília: CFM; 2019. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

DISTRITO FEDERAL. **Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios**. Acórdão nº 820873, 20080111493002APC, Relatora: NÍDIA CORRÊA LIMA, Relator Designado: GETÚLIO DE MORAES OLIVEIRA, Revisor: GETÚLIO DE MORAES OLIVEIRA, 3ª Turma Cível, Data de Julgamento: 03/09/2014, Publicado no DJE: 23/09/2014. Pág.: 139. Disponível em: https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/noticias/2014/setembro/utilizacao-de-material-genetico-criopreservado-depende-de-autorizacao-escrita-do-morto. Acesso em: 10 jul. 2020.

ELER, K. C. G. **A qualificação humana da pessoa: uma análise ético-jurídica dos embriões excedentários**. 2015. Dissertação (Mestrado em Direito e Inovação) – Faculdade de Direito, Universidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/1965/1/kallinecarvalhogoncalveseler.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

GAGLIANO, P. S.; PAMPLONA FILHO, R. **Novo curso de direito civil volume 7**: direito das sucessões. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

GALISA, D. A. Reflexos da inseminação artificial homóloga post mortem no direito sucessório. **Revista Jus Navigandi, Teresina**, v. 24, n. 5828, 2019. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/73234. Acesso em: 20 jul. 2020.

GOMINHO, L. B. F.; CAMPOS JUNIOR, E. G. C.; PEREIRA, M. M. **O reconhecimento jurídico da fertilização *in vitro* post mortem e os efeitos sucessórios**. 2016. Disponível em: https://ferrazbar.jusbrasil.com.br/artigos/373308084/o-reconhecimento-juridico-da-fertilizacao-in-vitro-post-mortem-e-os-seus-efeitos-sucessorios. Acesso em: 10 jul. 2020.

LEITE, E. O. Procriações artificiais e o direito: aspectos médicos, religiosos, psicológicos, éticos e jurídicos. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 1995.

LEITE, T. H.; HENRIQUES, R. A. de H. Bioética em reprodução humana assistida: influência dos fatores socioeconômicos culturais sobre a formulação das legislações e guias de referência no Brasil e em outras nações. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 31-47, 2014.

MADALENO, R. **Direito de família**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

PEREIRA, G. O.; PACÍFICO, A. P. Doação e adoção como políticas para salvar os embriões humanos excedentes e congelados. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. 2, p. 391-397, 2010.

Iatrogenia em cirurgia: erro ou acidente?

Fernando Antônio Chagas Coelho[1]
Ronald Bispo Barreto da Silva[2]

Paciente do sexo feminino, 25 anos, retorna à Unidade de Saúde da Família após cirurgia para redução de fratura de úmero proximal em braço esquerdo. Chega à consulta com o braço apoiado sobre tipoia improvisada com gaze. Apresenta imobilidade articular glenoumeral, ficando incapaz de realizar suas Atividades de vida diária com o membro superior esquerdo. Solicitada radiografia de ombro. Em retorno, a paciente vem com resultado da radiografia, mostrando luxação. Afirma que o ortopedista realizador da cirurgia disse que isso era uma condição normal após a cirurgia e que é algo a ser resolvido pela fisioterapia, recusando-se a recebê-la como paciente novamente.

Questões provocativas

Em caso de iatrogenia, o médico pode transferir a responsabilidade de correção de dano do paciente a outro profissional da saúde, inclusive cessando a prestação de assistência ao paciente?
Caso o procedimento realmente acarretasse tais sequelas, teria havido algum erro de conduta?

Discussão

No presente caso, há duas principais questões: a responsabilidade profissional frente à necessidade do paciente e frente à conduta terapêutica

1 Acadêmico de Medicina na Universidade Federal de Sergipe - UFS.

2 Graduação em Medicina pela UFBA. Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia no IOT da FMUSP-SP. Especialidade em Cirurgia do Joelho e Artroscopia pela USP-SP. Mestre em Ortopedia pela USP-SP. Doutor pela Universidade Tiradentes - UNIT. Professor Adjunto responsável pelo ambulatório de Ortopedia da Universidade Tiradentes - UNIT. *Fellow Observer* em Knee Surgery na Harvard University.

tomada e suas consequências. Tendo isso em vista, analisemos a primeira indagação.

A responsabilidade médica sobre condutas as quais indicou ou de que participou é obrigatória. Logo, ao delegar sua função de auxiliar a paciente a outro profissional, isentando-se da continuidade do cuidado, o médico cometeu falha ética. Outrossim, toda conduta danosa ao paciente em que os riscos sejam de maior proporção que as benesses proporcionadas, assim como falhas advindas de negligência, imprudência ou imperícia, é vetada ao médico de ser realizada. Logo, havendo erro de conduta, nesse caso de imprudência, uma vez que, provavelmente, a conduta cirúrgica foi tomada sem as devidas precauções, o médico é responsável por ela.

Vale aqui salientar o enquadramento das falhas médicas de cunho ético. Existem falhas por negligência, imperícia e imprudência. A negligência caracteriza-se pela inércia do profissional frente ao cuidado, não prestando o devido auxílio ao paciente. Já a imperícia é a ausência de conhecimento ou capacidade técnica por parte do médico. Como exemplo disso, é possível citar o ato de um profissional realizar condutas, como cirurgias, nas quais não se especializou para realizar. Por fim, há a imprudência, que é a situação do caso em questão. Tal falha ética é demonstrada pela imprevisão das variáveis por parte do profissional ao tomar uma conduta, acarretando, na maioria dos casos, alteração desfavorável do prognóstico, tendo em vista que a condição clínica do paciente poderia ser manejada de maneira mais efetiva e benéfica. Casos como esse são mais comuns do que se aparenta e podem acarretar sequelas desastrosas para atividades do paciente, quando não caminham para desfechos piores, como seu falecimento. Tendo isso em vista, é necessário que erros sejam evitados ao máximo, adotando-se a melhor conduta clínica possível, embasada em metodologia científica.

Contudo, caso a luxação fosse uma sequela inerente à conduta adotada, haveria falha ética? Sim, haveria. É dever do médico comunicar ao paciente possíveis riscos e os objetivos relacionados à tomada de condutas. Logo, se esses riscos não foram informados, mesmo que a técnica fosse impecável, ocorreria falha ética pela falta de comunicação ao paciente por parte do profissional. Tal aspecto é de extrema importância na relação médico-paciente, apesar de ser ignorado com frequência. Tendo em vista que o principal objetivo do tratamento é o bem-estar do paciente, sem o qual não haveria a necessidade de haver campo para a atividade médica, é necessário considerar esse sujeito de cuidado como peça fundamental para a decisão de condutas.

Logo, a comunicação se faz necessária, sendo, como já citado, obrigatória por parte do profissional. Além disso, habilidades comunicativas mostram-se eficazes no esclarecimento do paciente, evitando desentendimentos e melhorando a relação entre as partes, possibilitando melhor adesão à terapêutica. Afinal, a relação médico-paciente vai além de um encontro situacional e homogeneizado, o qual ignora a pessoalidade de cada ser humano. No entanto, é sim o encontro humano caracterizado pela possibilidade de auxílio. Sendo assim, a comunicação, na visão médica, não deve ser apenas obrigatória, mas parte da prática humanizada da profissão.

Assim, tendo o presente caso em tela, é necessário ao profissional não somente estar a par das melhores técnicas, responsabilizando-se por elas, mas também estar ciente de que deve ter uma boa comunicação com o paciente, uma vez que este é sempre o alvo do tratamento.

Comentário do especialista

No caso aqui descrito, a primeira observação que preciso fazer é que, para manter uma boa relação médico-paciente, é necessário desenvolver uma boa comunicação entre as partes interessadas. O médico precisa melhorar a habilidade de se comunicar com seus pares, ao registrar no prontuário dos pacientes e ao relatar os casos oficialmente, e também de se comunicar com os pacientes, ao expor uma evolução da doença, complicações e prognósticos. Uma vez que a comunicação ruidosa gera desconforto e desencontro de interpretações entre as partes, o ajuste fino dessa comunicação pode evitar inúmeros processos éticos.

Especificamente no caso em questão, o médico, ao relatar que o paciente fez uma tipoia com gaze, já passa a impressão de que está completamente deslocado da realidade. Aos olhos do especialista, fica evidente que o termo correto seria atadura. Esse detalhe pode ser despercebido e aparentar irrelevância, mas gera uma falha na comunicação do caso e uma consequente baixa credibilidade na informação transmitida.

Essa credibilidade é posta em xeque mais uma vez durante a comunicação inicial. Quando o médico descreve que o paciente apresenta luxação do ombro, o especialista, após ler que o paciente foi transferido com uma tipoia de gaze, fica incrédulo que ele, verdadeiramente, apresente uma luxação glenoumeral. Esse diagnóstico apresenta sinais clínicos e radiológicos claros, evidentes e altamente prevalentes, facilmente diagnosticados por profissionais qualificados em ortopedia.

De qualquer forma, o ortopedista que realizou a cirurgia também precisa desenvolver suas habilidades de comunicação. O paciente inserido em uma situação que instabiliza seu estado psicossocial encontra-se fragilizado emocionalmente, e toda informação transmitida a ele necessita de tratamento minucioso. Isso ocorre por conta da fragilização emocional do paciente e de seus familiares, podendo transmutar a informação emitida para uma forma hiperbólica, gerando, assim, conflitos éticos evitáveis.

Quando o médico cirurgião diz que aquela situação na qual o paciente se encontra é normal, o paciente pode interpretar, erradamente, que o médico disse que ele não tem nada. Isso gera um conflito interno no paciente: como eu não tenho nada, se meu braço não mexe e está doendo? Ou ainda: o médico disse que é normal, pois não é ele que está sentindo, ou o médico nem me olhou e ainda vem me dizer que é normal. Pensamentos como esses podem gerar falsas interpretações de erros médicos por imperícia, imprudência e negligência simplesmente porque o médico não se comunicou de forma adequada. Ele poderia evitar isso tudo dirigindo-se ao paciente com mais empatia, como por exemplo: entendo que seu problema do ombro deve estar gerando muitos problemas na sua vida e que está atrapalhando imensamente você trabalhar e fazer suas atividades diárias, mas não se preocupe, você vai melhorar e vai sair dessa fase. Sua radiografia não apresenta alterações relevantes, e a evolução do seu caso está dentro do esperado. A fisioterapia, que estou solicitando agora, vai te ajudar a acelerar o processo de cura. *Tudo bem para você? Que tal você voltar daqui a 4 semanas para me contar como ficou?* Dessa forma, acredito que o paciente se sentiria mais acolhido pelo médico e, por mais grave que esteja, é possível reduzir a sua angústia.

Agora, se realmente o médico que realizou a cirurgia simplesmente transferiu a responsabilidade do cuidado com o paciente para a fisioterapia e não quis mais recebê-lo no consultório, cabe ressaltar que conduziu a situação de forma antiética. Aparentemente, o médico foi imperito ao conduzir o caso e suas sequelas físicas e emocionais, bem como foi negligente ao não valorizar, de forma mais atenta, as queixas do paciente.

Eu diria que nesse caso um pouco de empatia e disposição para ajudar o seu semelhante poderia evitar um grave conflito ético entre o médico e o paciente.

Referências

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. C**ódigo de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções nº 2.222/2018 e 2.226 de 2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. p. 35.

COSTA, F. D.; AZEVEDO, R. S. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 261-269, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 jun. 2020. https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000200010.

LUI NETTO, A.; ALVES, M. R. Responsabilidade Médica. **Rev. bras. oftalmol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 75-76, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802010000200001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 jun. 2020. https://doi.org/10.1590/S0034-72802010000200001.

Judicialização da saúde: a quem interessa?

Jhonams Santos Cardoso[1]
Marcel Maia Montalvão[2]

A senhora Zenaide Oliveira dos Santos (nome fictício), 85 anos, comparece à consulta médica de retorno com o pneumologista. Diante do resultado de exames médicos realizados pelo cardiologista, o pneumologista observa que a paciente é portadora de cardiomiopatia isquêmica e de hipertensão pulmonar.

O médico alerta que o medicamento indicado para a paciente é de alto custo e, por conseguinte, ausente na lista oferecida pelo SUS.

A paciente, acompanhada de sua filha, refere não possuir condições financeiras para arcar com os custos para o uso do medicamento. Questiona o médico se existe a possibilidade de adquirir por vias judiciais. O médico orienta que a paciente procure o serviço social da Unidade.

Questões provocativas

A paciente tem direito a requerer medicamentos que não são disponibilizados pelo SUS?

A aquisição de medicamentos não presentes na lista do SUS para disponibilizar aos pacientes prejudica o repasse de verbas às outras políticas públicas de saúde?

O médico pode subsidiar a paciente na judicialização com documentos e argumentos acostados a um relatório?

1 Graduado em Farmácia pela Universidade Federal de Sergipe - UFS. Acadêmico de Medicina na Universidade Federal de Sergipe - UFS.

2 Possui graduação em Direito pela Universidade Tiradentes (2001). Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Direito Público. Juiz de Direito do Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe. Atualmente lotado na 2ª Vara Criminal da Comarca de Nossa Senhora de Socorro-SE.

Discussão

A assistência farmacêutica está presente em nosso ordenamento jurídico e é compreendida como pertencente aos direitos fundamentais do brasileiro, de modo que a eficácia dela pode ser exigida fazendo parte do que hoje é denominado direito à saúde. Existe uma obrigação assistencial, tanto médica como farmacêutica, por parte do Estado nas suas três esferas (municipal, estadual e federal), e é exatamente a ineficácia no cumprimento dessa obrigatoriedade que dá causa ao fenômeno da judicialização da saúde (MACEDO; LOPES; BARBERATO-FILHO, 2011).

O direito à saúde é constantemente centro de polêmicas entre estudiosos da área política, das Ciências Sociais, da Economia, do Direito e profissionais da saúde na contemporaneidade. Um dos pontos mais debatidos é a respeito da aplicabilidade desse direito quando observado a partir da seara exclusivamente econômica. Além disso, deve-se levar em consideração que existem características peculiares à assistência farmacêutica que delimitam o acesso aos medicamentos e insumos, tais como o processo de seleção de produtos que devem ser oferecidos, bem como a complexidade e as problemáticas relativas a implementações de medidas para a promoção do uso racional de medicamentos (CATANHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016).

O médico está inserido nessa problemática por participar diretamente no processo de escolha do tratamento mais adequado para o paciente, emitindo seu parecer e fornecendo documentos para consolidar o processo judicial, caso o paciente opte por ingressar com o pedido de fornecimento do medicamento por essa via. É importante ressaltar que o paciente possui o direito de requerer documentos médicos, a exemplo do relatório médico, que informem a sua atual situação clínica e que justifiquem a necessidade do uso de medicamento ou insumo farmacêutico não fornecido pelo ente estatal (BARBOSA; SCHULMAN, 2017).

Ainda que o médico discorde do processo de judicialização, não faz parte das suas atribuições o julgamento quanto ao mérito da questão, de forma que deve o profissional explicar quais as possibilidades disponíveis para o paciente e lhe fornecer os documentos dentro da veracidade clínica percebida durante a consulta médica, se utilizando de exames físicos e complementares para fomentar o procedimento, caso assim compreenda necessário (CAMPOS NETO; GONÇALVES; ANDRADE, 2018).

É nesse sentido que o Conselho Federal de Medicina – CFM elaborou a Resolução nº 2.217 de 2018, instituindo o Código de Ética Médica, abordando parte do supramencionado em seus artigos 31, 34, 86 e 88. Vejamos a transcrição deles:

É vedado ao médico:

> Art. 31. 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.
> 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. [...]
> Art. 86. 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.
> Art. 88. Negar ao paciente ou, na sua impossibilidade, a seu representante legal, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros (CFM, 2018).

Para melhor compreensão da problemática e da origem desse conflito entre a necessidade individual de garantir a aquisição de um produto ou medicamento e a garantia da manutenção da assistência frente a uma escassez de recursos, é absolutamente importante a diferenciação entre regra e princípio.

A regra traz um texto que se caracteriza por seu conteúdo de interpretação simples, em outras palavras, se o fato relatado desobedece à regra, há violação dela, e por esse motivo deve-se produzir o efeito na norma descrita. Dessa maneira, no entendimento da norma, não cabe muita interpretação, pelo contrário, ou se viola ou não se viola a regra, portanto a conclusão se dá de maneira objetiva. Nesse mesmo raciocínio, seguem exatamente os direitos nela contidos, e, uma vez descritos em uma regra, sua interpretação também deve se fazer de forma objetiva (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Por outro lado, os princípios trazem consigo direitos fundamentais, valoráveis e, consequentemente, passíveis de interpretação. Os grandes conflitos se dão quando alguns desses princípios entram em conflito entre si, como, por exemplo, o confronto entre o direito à vida e à saúde de um indivíduo e esses mesmos direitos quando relacionados à coletividade (BARROSO, 2009).

Não é possível tecer comentário a respeito desse tema sem observar que o fundamento básico da argumentação deontológica se dá na Constituição Federal de 1988, que estabelece a saúde como direito social, atribuindo assim ao Estado a obrigação de medidas que visem o acesso à saúde para todas as esferas da sociedade (RAMOS; MIRANDA NETTO, 2017). A Carta Magna explicita, de forma clara, esse entendimento no seu artigo 196, quando normatiza que se trata de direito de todos que deve se concretizar com medidas políticas, sociais e econômicas. Observemos os textos dos artigos 6º e 196 da Constituição Federal a seguir:

> Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.
> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A legislação infraconstitucional também corrobora a discussão do tema quando regulamenta o SUS através da sua Lei Orgânica no 8.080/90, que estabelece, através dos artigos 6º, inciso I, alínea d, e artigo 7º, incisos I e II, a universalidade e a integralidade da assistência como princípios que devem reger o funcionamento do sistema de saúde brasileiro (MAPELLI JÚNIOR, 2015). Segue texto na íntegra:

Art. 6º. Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

> I - a execução de ações:
> a) de vigilância sanitária;
> b) de vigilância epidemiológica;
> c) de saúde do trabalhador; e
> d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
> Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços

> privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
> I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
> II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Nesse prisma, podemos dividir a opinião sobre o tema em duas correntes: os estudiosos que acreditam que a judicialização é uma forma válida de requerer um direito social, seja ele a dispensação de um medicamento ou a garantia de prestação de um serviço de saúde, e os que defendem que a judicialização é uma medida que extrapola os direitos individuais quando comparados aos direitos coletivos.

O principal argumento utilizado pelos defensores da judicialização é que a falta de acesso aos serviços e insumos de saúde se dá em razão da omissão do Estado, visto que deveria ocorrer através de políticas públicas, o que inevitavelmente desloca a discussão para a seara judicial (ARAUJO, 2008).

Ainda sobre esse raciocínio, argumenta-se que o atual Estado Democrático defende a igualdade como um dos pilares do ordenamento jurídico brasileiro, atribuindo ao Estado, *ipsi facto*, a obrigatoriedade de construir uma sociedade justa e igualitária, e essa ação deve ocorrer através da participação do povo, representado democraticamente. Segue texto na íntegra dos artigos 1º e 3º da Constituição Federal, pilares desta argumentação:

> Artigo 1º
> Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.
> Art. 3º. Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:
> I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; (BRASIL, 1988).

Em lado oposto, os estudiosos que argumentam contra se utilizar da judicialização como meio de alcançar o direito à saúde alegam que esse tipo de intervenção possibilita uma maior desordem administrativa, visto que pode

reduzir a alocação de recursos financeiros do Estado, levando a uma quebra da continuidade de políticas públicas de saúde. Afirmam ainda que o excesso de judicialização pode ser a causa, inclusive, do não cumprimento do determinado em obrigações constitucionais, causando um desequilíbrio que pode levar a privilégios para os jurisdicionados ao passo que impede o acesso dos demais cidadãos, estes também dependentes de políticas universais que devem ser implementadas pelo Poder Executivo (BARROSO, 2009).

Como fundamentação jurídica, é levantada a teoria da "reserva do possível". Essa teoria afirma que o cumprimento dos direitos fundamentais em alguma medida está limitado pela capacidade financeira do Estado, uma vez que o cumprimento dos direitos referidos apresenta custos, e estes não podem ser negligenciados. É nesse raciocínio que o professor Gassen Zaki Gebara nos ensina a exata dimensão dessa teoria:

> Embora possa haver discricionariedade quanto aos meios para se efetivar um direito social, sua efetivação é uma obrigação constitucional e, para não a cumprir, há um ônus argumentativo da parte dos poderes políticos. E, dentro desse ônus argumentativo, pode caber a discussão a respeito dos custos dos direitos e dos recursos escassos. Importa lembrar que a escassez de recursos não pode ser tomada de forma absoluta, a ponto de se sobrepor totalmente à fundamentalidade dos direitos, ela é apenas um dos elementos a ser levado em consideração, mas nunca o único (GEBARA, 2014).

O que é unanimidade é que a judicialização da saúde é uma demanda constantemente presente na prática médica e que, em razão da sua complexidade, ainda necessita de discussão por parte da sociedade para alcançar uma definição que tente ao máximo garantir o acesso universal ao Sistema Único de Saúde, bem como aos seus serviços e insumos.

Comentário do especialista

O tema da judicialização da saúde é altamente complexo por envolver questões éticas, morais, de política econômica e de finanças públicas, mas que não se confunde com o chamado 'ativismo judicial'. Aqui, refere-se a um comportamento proativo de juízes diante da inércia do poder público em garantir e efetivar um determinado direito e, acolá, se refere a interpretações constitucionais e legais para efetivar um direito, vale dizer, a chamada 'tutela jurisdicional'.

Muito se tem discutido, ao se considerar as necessidades infinitas e a escassez de recursos públicos, acerca da 'reserva do possível', já delineada alhures. Esta, entretanto, não pode impedir o acesso irrestrito a um sistema público de saúde universal e integral, garantia de direito fundamental, quando o que se pretende é apenas a satisfação do mínimo existencial recusado, de forma sistemática, pelo poder público.

Essas discussões já assentadas nas lides jurídicas deste país incentivaram inúmeros debates, os quais deram origem a novas interpretações constitucionais e leis outras, tais como a que garante a distribuição gratuita e universal de medicamentos antirretrovirais, como a de número 9.313/1996. O tema ainda perpassa a necessidade do reconhecimento da melhoria da eficiência dos gastos públicos, de apoio às pesquisas nacionais para desenvolvimento de insumos e de produtos finais à valorização dos profissionais cientistas brasileiros envolvidos, a fim de tornar este país mais independente em relação às grandes multinacionais das indústrias de insumos e remédios.

As pressões da sociedade levaram os três poderes desta república a não mais deitarem berço numa inércia que violentou os direitos e as garantias fundamentais constantes na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) no tocante ao tema aqui tratado.

No entanto, salta aos olhos a necessidade de o poder judiciário se valer da guarida técnica de equipe multidisciplinar no que envolva essa área específica, haja vista que não se deve descuidar não somente da garantia à saúde, mas, também, da efetiva necessidade do serviço, medicamento ou equipamento que se pretende obter, com o fito de ser atestada, no caso específico, a melhor solução ou a mais eficiente possível.

Muito recentemente, o Supremo Tribunal Federal decidiu que não é incumbência do poder público o fornecimento de medicamentos de alto custo não integrantes de lista de remédios gratuitos do SUS, mas, ainda assim, assinalou exceções, tais como situação financeira insuficiente de quem demandaria ou quando não se dispuser de um remédio similar que esteja disponível, o que atesta a satisfação afirmada acima da efetividade do mínimo existencial.

Assim, o que se pretende nessa seara é a garantia de um mínimo à existência de quem quer que seja ou esteja no território nacional, razão de ser do Estado brasileiro.

Referências

ARAUJO, S.L. C**ontrole jurisdicional das políticas públicas de fornecimento de medicamentos: estudo da jurisprudência do TJ-RJ, do STJ e do STF**. Monografia (Graduação em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p.11. 2008.

BARBOSA, A.; SCHULMAN, G. (Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. **Revista de Bioética**, v. 25, n. 2, p. 290-300, 2017.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicia. **Jurisp. Mineira**, v. 60, n. 188, p. 29-60, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080**. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.

CAMPOS NETO, O. H.; GONÇALVES, L. A. O.; ANDRADE, E. I. G. A judicialização da saúde na percepção de médicos prescritores. **Interface**: Communication, Health, Education, v. 22, n. 64, p. 165-176, 2018.

CATANHEIDE, I. D.; LISBOA, E. S.; SOUZA, L. E. P. F. Characteristics of the judicialization of access to medicines in Brazil: A systematic review. **Physis**, v. 26, n. 4, p. 1335-1356, 2016.

FEDERAL, T. A administração pública no estado os direitos sociais como direitos subjetivos e o princípio da reserva. **Revista Jurídica UNIGRAN**, Dourados, MS, v. 16, n. 31, p. 35-67, 2014.

GEBARA, G. Z. A Administração Pública no Estado Constitucional, os Direitos Sociais como Direitos Subjetivos e o Princípio da Reserva Orçamentária no Brasil e no Direito Comparado. **Revista Jurídica UNIGRAN**, Dourados, MS, v. 16. n. 31, p. 45, jan./jun. 2014.

MACEDO, E. I.; LOPES, L. C.; BARBERATO-FILHO, S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 706-713, 2011.

MAPELLI JÚNIOR, R. **Judicialização da saúde e políticas públicas**: assistência farmacêutica, integralidade e regime jurídico-constitucional do SUS. Tese apresentada à Faculdade de Medicina. 2015. p. 390.

RAMOS, E. M. B.; MIRANDA NETTO, E. B. O Federalismo e o direito à Saúde na Constituição Federal de 1988: Limites e possibilidades ao estabelecimento de um autêntico Federalismo Sanitário Cooperativo no Brasil. **Revista Jurídica**, v. 4, n. 49, p. 304-330, 2017.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. E. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as América**, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016.

Violência contra criança

Rômullo Lameck Pereira de Figueiredo[1]
Rilton Marcus Morais[2]

Lactente de onze meses do sexo masculino chega ao Hospital de Urgências com relato familiar de crises epilépticas, tônico-clônicas e generalizadas após ter caído da própria altura enquanto brincava com o cachorro naquela noite. Durante a avaliação do pediatra, no exame físico, são constatados anisocoria e sinais de hematoma na cabeça e por todo o corpo da criança. É feito, então, encaminhamento para o neurocirurgião de plantão, que solicita tomografia de crânio sem contraste e percebe fratura de calota craniana, hematoma epidural e contusões difusas no parênquima cerebral.

Por conta de achados dessa magnitude serem improváveis de acontecer com a história contada pela família, o médico começa a desconfiar de maus-tratos. Questiona os familiares sobre como eles tratam a criança e acaba perguntando diretamente sobre atos de violência. Todos negam tal indagação, e o pai se demonstra irritado e descontrolado com o questionamento, levantando a voz e tentando intimidar o médico. A mãe da criança fala que, apesar de perder a paciência com facilidade, ele é um pai exemplar que nunca deixou a família passar fome.

Por conta da gravidade do caso, a criança é levada para a sala de cirurgia. Durante a operação, o médico fica pensando constantemente na possibilidade de maus-tratos e entra em um conflito interno. Começa a se perguntar se deveria denunciar o caso para a polícia, ou não. Ao terminar o ato cirúrgico, vendo que a criança evoluiu bem, decidiu não denunciar, uma vez que a função dele era cuidar dos pacientes. Ademais, pensou que não teria como provar definitivamente que a criança foi vítima de agressão.

1 Médico pela Universidade Federal de Sergipe - UFS.

2 Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe. Residência Médica em Neurocirurgia no Hospital da Lagoa - RJ. Preceptor da Residência Médica em Neurocirurgia do Hospital de Cirurgia - SE. Coordenador do Serviço de Neurocirurgia Pediátrica do Hospital de Urgências de Sergipe. Diretor Técnico do Hospital de Cirurgia - SE.

Questões provocativas

Seria ético se o neurocirurgião fizesse a denúncia mesmo sem ter certeza de que houve violência?
Notificar seria considerado quebra do sigilo médico?
A quem deveria ser feita a notificação?

Discussão

A violência contra crianças é um fenômeno mundial de alta complexidade e de caráter endêmico (FERREIRA; CÔRTES; GONTIJO, 2019). No Brasil, há quatro tipos de violência que são predominantes: negligência (50%), física (33,3%), psicológica (8,3%) e sexual (8,3%). O gênero mais acometido é o masculino, e a maior parte dos agressores faz parte da família (75%) (NUNES; SALES, 2016). Dessa maneira, faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam inteirados em relação à temática, dada a sua relevância.

Inicialmente, é importante pontuar que, em casos de violências interpessoais e autoprovocadas, no contexto de saúde, o termo correto a ser utilizado é **notificação** e não denúncia, uma vez que se trata de um instrumento de garantia de direitos (MS, 2018).

O questionamento do neurocirurgião do caso foi correto no tocante a tomar alguma atitude em relação à possibilidade de violência contra a criança. O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA estabelece, em seu artigo 5º, que:

> Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 1990).

O artigo 18 do ECA, por sua vez, esclarece que *é dever de todos zelar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor*. No mesmo estatuto, o artigo 13 determina que:

> Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (BRASIL, 1990).

O fato de o médico ter decidido não se envolver com a questão pode ser considerado antiético. Segundo o artigo 25 do Código de Ética Médica – CEM, é vedado ao médico:

> Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem (CFM, 2019).

Portanto, o médico deveria notificar o Conselho Tutelar, que, por sua vez, tem a atribuição de analisar o caso e acionar, se necessário, o Ministério Público, a Justiça e/ou a Autoridade Policial. Outrossim, há uma necessidade de o médico fazer o registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (MS, 2018). Na suspeição ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, essa notificação tem caráter compulsório (BRASIL, 1990). O item "violência doméstica e/ou outras violências" foi incluído na Lista Nacional de Notificação Compulsória pela Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 (MS, 2011).

Em relação à quebra de sigilo médico, o CEM define no artigo 73 que é vedado ao médico: *revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente*. No entanto, o inciso XI do Capítulo I do CEM acrescenta: "o médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, **com exceção dos casos previstos em lei**" (CFM, 2019, grifo nosso).

Além disso, independentemente do estado de saúde do paciente ou do fato de ele ter realizado cirurgia, o médico poderia ter lançado mão da internação social. Ela serve para proteger a criança vítima de violência por um curto período, enquanto o Conselho Tutelar toma medidas definitivas (FERREIRA, 2012).

Como exposto anteriormente, notificação de violência contra criança e adolescente é um dever legal, não havendo, dessa forma, atitude antiética, do ponto de vista médico, ao notificar tal situação. Além de tudo, aplicando o princípio bioético da beneficência, em que se deve prezar pela promoção do bem para o paciente (BARBOZA, 2000), a possibilidade de a criança estar sofrendo em sua própria casa seria motivo justo o suficiente para realizar a notificação.

Comentário do especialista

Vivemos o momento de maior confluência de costumes e ideias da história da humanidade. A facilidade de comunicação que alcançamos proporciona níveis avançados de aprendizado, essenciais para sobrevivermos e evoluirmos neste universo que compartilhamos. Mesmo assim, ainda nos encontramos distantes de uma grande tribo global. Somos, na verdade, um gigantesco conjunto de clãs, tribos e sociedades, pois a comunicação globalizada não chega a todos, os conhecimentos compartilhados não penetram em todas as mentes e o progresso exige ferramentas sociais que não estão disponíveis para muitos grupos. Testemunhamos, assim, num mesmo lapso temporal, conjuntos de pessoas vivendo em eras evolutivas diferentes. Alguns ainda sobrevivendo em existências sombrias e cruéis.

Contudo, apesar de o senso comum imaginar o contrário, estamos no período de menor violência do mundo. No livro *Os anjos bons da nossa natureza: por que a violência diminuiu*, o destacado autor e renomado professor e pesquisador de Harvard, Steven Pinker, mostra-nos através de dados históricos e análises sociais que a violência se encontra no seu menor patamar. Grande parte dessa redução deve-se a novos padrões de entendimento humano sobre o que é moral e ético, ao processo civilizatório e ao compartilhamento dessas noções. Na imensa maioria das sociedades civilizadas, já não mais são aceitos costumes comuns a outras épocas, como escravidão, tortura, pena de morte, agressão física e subjugação de outros seres, todos essas facetas da violência. Porém, infelizmente, nem todos os indivíduos ou grupos conseguiram alcançar um mínimo de civilidade, e essa deformidade social é devida essencialmente à pobreza e seu rebento mais pródigo: a ignorância – no seu *strictu sensu*, desconhecer informações que deveriam ser comuns à humanidade. A pobreza impede o acesso à comunicação, à informação, ao aprendizado e, destarte, à evolução e à civilidade. Ela é uma das mais importantes razões da persistência da hostilidade injustificada em níveis ainda tão altos para o presente.

Os traumas ainda são uma das principais afecções de saúde e razão de mortalidade. Boa parte dessas injúrias é causada pela violência. Nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, essa é uma das 10 maiores causas de morte. O Brasil é um desses exemplos. Aqui, a violência tem origem nos conflitos urbanos, oriundos das desigualdades sociais e da incompetência estatal, mas também em ações interpessoais, muitas vezes domésticas, provenientes do atraso do processo civilizatório em muitos estratos sociais.

Grande parte desse atraso é devido à persistência da cultura, das tradições e dos costumes arcaicos acima do aprendizado, do entendimento e da educação. É um processo lento e trabalhoso que exige intervenção de todas as esferas constituintes da sociedade e principalmente dos seus setores organizacionais. As ações para sua eliminação deveriam ser dirigidas não somente para punir os perpetradores da violência, mas fundamentalmente para criar um novo molde cultural que não tenha a agressão como atividade comum, desmedida e injustificada.

No trabalho médico, deparamo-nos constantemente com esse lado doloroso da humanidade. Nós somos as testemunhas mais frequentes desses males não somente porque cuidamos dos seus resultados físicos, visíveis a todos, mas também porque diagnosticamos e cuidamos da exponencial imensidão de consequências mentais. Assim como em todas as outras doenças e afecções, temos o dever de tratar e, quando possível, eliminar as suas origens. Nesse caso, lutar contra a violência injustificada é um dever primordial dos médicos.

Todavia, apesar de toda essa gigantesca importância no diagnóstico e tratamento dos frutos da violência, somos elos frágeis e, muitas vezes, inofensivos na solução das causas. A capacitação e o treinamento não somente dos médicos, mas também de todos os profissionais de saúde na identificação de sinais de violência, têm sido destacados em nosso país. Grande parte disso deve-se mais a modelos de ensino e aprendizado importados de países mais desenvolvidos do que a ações coordenadas e centralizadas por órgãos governamentais. As comprovações dessa ineficiência estatal são vivenciadas diariamente por todos os profissionais de saúde que têm em mãos um desses casos.

No mundo real, após a identificação de sinais claros ou, muitas vezes, sutis dos vários tipos de violência, principalmente contra indivíduos em situação de fragilidade e risco, como crianças e idosos, não existe um fluxo de ações para sua condução. A praxe entre os médicos, geralmente, é registrar a suspeita em prontuário e solicitar o acompanhamento do Serviço Social das instituições que trabalham com isso. Esse serviço, após entrevista com acompanhantes e familiares, pode notificar a polícia ou o Conselho Tutelar.

Tais ações, tomadas com iniciativa do médico, de outro profissional de saúde ou do Serviço Social, possuem alguns erros essenciais: individualizam a ação em nome de um profissional, com sua consequente exposição; não possuem registro único para um acompanhamento contínuo e centralizado e deixam a notificação a favor de compreensões pessoais. As conse-

quências são completa ineficiência do trabalho, falta de auditoria, ausência de punição e desnudamento da vítima e dos profissionais envolvidos à mercê do agressor. Destarte, ao mesmo tempo que não existe uma solução para as causas da violência com efetiva proteção da vítima e punição do agressor, mais pessoas são sujeitas a retaliações desse ofensor, agora empoderado pela impunidade. Os resultados são dramáticos.

É pungente, portanto, a necessidade de criação de mecanismos lógicos e eficientes para o tratamento de mais essa mazela primitiva que aflige tantos e tão inocentes indivíduos na sua imensa maioria. Impor ao médico que empunhe, sozinho e sem couraça, essa espada sem fio é colocá-lo em mais esse sacrifício inglório, defendido somente por aqueles que se escondem atrás de letras e regras impostas aos outros. As ações devem ser amplas, multiprofissionais, complementares e coordenadas para que possamos extinguir de vez esse mal.

Referências

BARBOZA, H. H. Princípios da bioética e do biodireito. **Bioética**, v. 8, n. 2, p. 209-216, 2000.

BRASIL. **Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 31 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **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 de 2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. p. 108.

FERREIRA, A. L. A Criança Vítima de Violência. **Revista de Pediatria SOPERJ**, v. 13, n. 2, p. 4-9, 2012.

FERREIRA, C. L. S.; CÔRTES, M. C. J. W.; GONTIJO, E. D. Promotion of children's rights and prevention of child abuse. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 24, n. 11, p. 3997-4008, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Portaria no 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 31 jul. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Orientações para notificação e atendimento**. Disponível em: https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva/vigilancia-de-violencias/orientacoes-para-notificacao-e-atendimento. Acesso em: 31 jul. 2020.

NUNES, A. J.; SALES, M. C. V. Violence against children in Brazilian scenery. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 871-880, 2016.

Ética estética: beleza sem limites

Fernando Chagas Coelho[1]
Filipe Ferreira Brasileiro[2]

Paciente de 21 anos, sexo feminino, vai ao cirurgião plástico com o intuito de realizar mamoplastia para aumento de volume mamário bilateral. Ao exame físico, a paciente afirma se sentir incomodada com a aparência de seus seios, demonstrando prejuízo à sua autoestima, e, ao ser perguntada, afirma ter procurado o serviço espontaneamente, sem influência de terceiros. Relata ter comentado da decisão com uma amiga, a qual a estimulou a fazer a cirurgia, afirmando que ficaria ainda mais bonita. O médico explica à paciente os riscos que podem ser acarretados pela cirurgia, os quais são prontamente aceitos por ela, de maneira expressa; no entanto, ele não aborda as expectativas da paciente quanto à "beleza". Após a consulta, a paciente é encaminhada ao anestesiologista da equipe para que possa avaliar o seu estado geral e assim marcar a data da cirurgia.

Questões provocativas

Procedimentos puramente estéticos são viáveis considerando os princípios éticos da profissão médica ou são contrários a esses princípios?
A prática médica é de obrigação de meios ou de resultados em cirurgia plástica?
O médico poderia aproveitar a oportunidade cirúrgica para sugerir procedimentos complementares?

1 Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - UFS.

2 Cirurgião Plástico Especialista pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica através de Residência Médica credenciada pelo MEC na PUC - São Paulo. Preceptor de Residência Médica de Cirurgia Geral do Hospital de Urgência de Sergipe. Especialista em Cirurgia Geral, pelo MEC (2007-2009). Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe - UFS (2000-2006). Registro no Conselho Regional de Medicina estado de Sergipe desde 2006 com o número 3091 CRM-SE, CIRURGIA PLÁSTICA - RQE Nº: 2914. Pós Graduado em Educação na Saúde para Preceptores do SUS pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.

Discussão

Com o advento de procedimentos puramente estéticos, fica cada vez mais tênue a linha entre lucro e princípio da beneficência. Se um procedimento visa apenas resultados estéticos, como o do caso citado, seria isso de acordo com a ética?

Essa discussão tem sido tratada há algum tempo, e algumas deliberações foram feitas acerca do assunto.

A primeira é que o Conselho Federal de Medicina – CFM não considera como especialidade a "medicina estética" até o presente momento, ainda que o curso de Estética tenha sido ministrado reconhecidamente como curso de pós-graduação *lato sensu*. Isso significa que qualquer profissional médico que divulgue ser "especialista" na área de estética incorre em erro ético.

Outrossim, como em todo tratamento, mesmo que não vise a correção de alguma patologia, deve ser esclarecido ao paciente e alertado sobre os benefícios e malefícios que o procedimento pode causar.

Outro questionamento poderia ser levantado: se houver alguma intercorrência, isso não iria ferir o princípio de não maleficência?

Apesar de ser um assunto polêmico, o artigo *Estética e Bioética* (WEBER, 2011) traz uma luz ao assunto, afirmando que o principal princípio para a realização de um procedimento estético é a autonomia, que é a capacidade de agir sem estar sob domínio de influência e de maneira intencional. Também declara que o respeito à autonomia é elementar para haver consentimento informado, que não é apenas um aspecto legal, mas também uma ação ética por parte do médico. Logo, de acordo com esse estudo, o princípio de não maleficência seria relativizado não considerando uma patologia, mas sim a vontade do paciente.

Vale ressaltar também que o transtorno dismórfico corporal foi inserido no Código Internacional de Doenças, o que demanda tratamento não apenas psicossocial, mas também, em alguns casos, estético, o que incorreria no princípio da beneficência, uma vez que tal transtorno trata-se de uma preocupação com um defeito corporal imaginário ou uma distorção exagerada de um defeito mínimo, causando ao paciente sofrimento emocional ou prejuízo em sua capacidade para funcionar em áreas importantes. Se a correção do "defeito" minimiza ou até mesmo extingue o prejuízo funcional ou o sofrimento, logo é um ato ético por parte do médico. Contudo, cada caso deve ser analisado individualmente, fazendo com que um ponto final nesse assunto, no presente momento, não seja possível. No presente caso, a paciente aparenta estar lúcida e orientada. Não apresenta nenhum indício de estar

sendo influenciada por alguém a realizar o procedimento contra sua vontade. Logo, ela está apta a exercer sua autonomia, a qual deve ser respeitada.

Além disso, o próprio Código de Ética Médica também deixa claro que resultados não podem ser garantidos por parte do profissional. Isso significa que o médico não deve afirmar que os resultados esperados sejam os desejados pelo paciente, uma vez que isso não pode ser garantido partindo do ponto de que a subjetividade do paciente pode não corresponder à realidade. Logo, o médico que garante resultados no intuito de agradar aos pacientes incorre em erro ético.

No presente caso, é claro que a paciente procurou o tratamento por motivos puramente estéticos. O médico deveria explicar a ela o que pode ser feito e que as expectativas dela talvez não sejam atingidas. Caso a paciente, ainda assim, deseje aderir ao tratamento, este pode ser realizado sem incorrer em dilemas éticos. No entanto, o médico não se pronunciou acerca das expectativas da paciente. Portanto, sua atitude, nesse ponto, foi antiética. Apesar de aparentar ser algo óbvio, uma grande parte dos médicos incorre exatamente neste erro: a falta de explicação com relação à expectativa dos pacientes, o que leva a muitos problemas na relação médico-paciente e até mesmo a processos legais pela falta de esclarecimento.

Além disso, outro ponto importante é a possibilidade ética do médico de sugerir procedimentos. De acordo com André Auersvald (2012), presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica do Paraná, com a banalização dos procedimentos cirúrgicos nessa área de atuação, é também necessário cautela por parte do paciente quanto a propagandas enganosas, e cabe ao médico responsável responder com transparência às perguntas do paciente, assim como sugerir alternativas cirúrgicas, sem, contudo, pressionar para a realização delas. Portanto, é possível sim a apresentação de opções por parte do médico, no entanto ele não deve induzir a decisão do paciente.

Logo, a partir desta discussão, pode-se concluir que a parte da Medicina que lida com estética ainda há de causar alguns dilemas. No entanto, o objetivo do profissional médico, qualquer que seja a especialidade, jamais pode mudar, qual seja: o bem-estar físico, psíquico e social do paciente, sempre deixando claros os objetivos possíveis de serem alcançados com o tratamento solicitado, sem omissão ou falsas promessas.

Comentário do especialista

A Cirurgia Plástica como denominação tem origem na palavra grega *plastikos*, que significa modelar, moldar, referindo-se aos tecidos que

moldam e envolvem o corpo humano. Os primeiros registros de procedimentos desse tipo datam do século VI na Índia, porém somente após a Primeira Guerra Mundial se deu o maior desenvolvimento das técnicas reparadoras para melhoria da função e da aparência dos tecidos lesados.

Apesar de inicialmente visar a restauração dos tecidos comprometidos e de sua função, a cirurgia plástica também passou a se preocupar com o resultado próximo ao tecido sadio e, consequentemente, a estética. Assim, a cirurgia plástica, embora encontre uma divisão conceitual em reparadora e estética, essa classificação, do ponto de vista da formação do profissional, não se divide como objetivo final, só como fator causal. Todo procedimento da cirurgia plástica passa por uma etapa estética, já que a finalidade também é a melhoria do aspecto e da aparência.

Após a década de 40, com a melhoria dos recursos médicos e o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas modernas, os procedimentos exclusivamente estéticos ganharam popularidade no mundo, despertando desde então os questionamentos éticos da realização de procedimentos em tecidos e pacientes saudáveis.

No contexto atual, a busca pela beleza ou melhoria da aparência é incentivada de maneira acelerada por meio das redes sociais, e a tão praticada *selfie* na câmera do celular se tornou quase uma tarefa diária e costume social. E assim se cria a cascata do costume, da moral, chegando até a ética. A essa última deixamos a responsabilidade de analisar uma conduta reproduzida individualmente em sociedade: é moralmente aceito que os indivíduos procurem se valer de procedimentos estéticos, mas seria ético fazê-lo pondo em risco a saúde?

Tratando-se de tema que envolve a vida, entra-se mais especificamente no campo da bioética. Beauchamp e Childress, em 1989, introduziram quatro princípios bioéticos fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A análise dos quatro princípios ajudará a julgar a viabilidade ética de um comportamento, ressaltando-se que nenhum dos princípios tem maior peso que o outro (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Começando pela autonomia, o paciente tem o direito de escolher a qual procedimento quer se submeter e a ter todas as informações pertinentes, tudo passa pela livre vontade do paciente e pela autorização para que o médico execute.

O princípio da beneficência versa sobre o resultado favorável e o benefício dos procedimentos para o paciente; o profissional, diante do conhecimento especializado, tem como objetivo fazer o bem ao paciente.

A não maleficência tem como condicionante o não prejuízo ou dano deliberado ao paciente causado pela realização do procedimento, fazendo referência ao juramento hipocrático *primum non nocere* – primeiro não prejudicar. Nesse ponto, é importante ficar claro que o dano tem de ser sempre o mínimo necessário para a obtenção da saúde do paciente. Será a balança de contrapeso a beneficência, pois a busca pelo benefício não pode causar mais malefícios.

O princípio da justiça trata da equidade e imparcialidade com que o paciente deve ser tratado, não havendo julgamento de valores culturais, étnicos ou de qualquer natureza, objetivando não fazer distinção deles buscando o benefício de forma ampla e não individual ou exclusiva.

Apresentados os conceitos, estamos diante de uma paciente que deseja se submeter a um implante de silicone, procedimento considerado puramente estético. Nesse momento, nos deparamos com os questionamentos éticos da realização de um procedimento que não está tratando uma doença. Entretanto, existe o relato de prejuízo da autoestima, e, segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, a saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades. Seguindo esse conceito, o procedimento estético traria o bem-estar e, por extensão, a restauração ou manutenção da saúde do paciente em face da recuperação de sua autoestima, cumprindo o princípio da beneficência.

Sobre os riscos e danos permanentes, as taxas de mortalidade em cirurgias plásticas não superam 0,01%, e alguns estudos mostram taxas ainda menores, o que relativamente não fere o princípio da não maleficência. O risco-benefício é considerado aceitável. O princípio da justiça não parece prejudicado em nenhum ponto exposto.

O princípio mais importante e frágil nesse caso seria o da autonomia – o paciente delibera sobre a vontade espontânea de realizar um procedimento cirúrgico, porém estará a paciente ciente das consequências e dos possíveis prejuízos? Caberá ao médico discorrer sobre o assunto a fim de sanar todas as dúvidas e expor todas as informações de forma clara.

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica orienta e disponibiliza em sua plataforma digital o termo de consentimento redigido com diversas informações sobre as cirurgias, cuidados pré e pós-operatórios, bem como seus riscos, intercorrências e limitações de resultado. O termo deve ser entregue ao paciente com antecedência para que ele leia em casa e traga

assinado juntamente com duas testemunhas. Essa é uma etapa importante para manutenção e reforço do princípio da autonomia do paciente.

A discussão sobre as expectativas de resultados é um ponto importante, visto que existem limitações físicas e técnicas, e, na identificação de expectativas irreais, os procedimentos devem ser readequados para um melhor resultado ou até mesmo cancelados. Apesar de a realização de um procedimento ter como objetivo um resultado imaginado pela paciente, o médico não pode garantir a exatidão da forma ou imagem que a paciente terá de si no pós-operatório.

Muitos fatores fisiológicos e variáveis orgânicas de recuperação do paciente estão em jogo para obtenção de um resultado, o que muitas vezes foge à previsibilidade e ao controle dos cirurgiões. O próprio Código de Ética Médica proíbe que o pagamento de honorários médicos esteja condicionado ao resultado do tratamento. A obrigação de resultado está ligada a melhorar a aparência estética do paciente, mas não se pode prever um resultado específico com exatidão.

A sugestão de outros procedimentos estéticos pelo médico pode ser feita quando se sabe que a queixa da paciente e a expectativa de resultado não serão alcançadas com o procedimento que ela pediu, afinal o conhecimento técnico para alcançar um objetivo é de domínio do médico. Por exemplo: em paciente que deseja colocar prótese de silicone para levantar os seios, muitas vezes a colocação da prótese não é suficiente, sendo necessário retirar pele e suspender os tecidos, o que gera a realização de outro procedimento maior, ao qual chamamos de mastopexia. Nesse caso, o cirurgião plástico pode sugerir outro procedimento que não a colocação de implante de silicone. A sugestão de outros procedimentos cirúrgicos pode ser feita desde que assegure a autonomia do paciente em querer realizá-los e que ele tenha conhecimento de todos os fatores relacionados.

A insatisfação dos pacientes com seu próprio corpo deve ser observada como um fator de comprometimento da sua saúde, e cabe ao profissional identificar aspectos reais e psicológicos que possam levar à identificação de patologias como o transtorno dismórfico corporal – TDC. O conhecimento acerca desse distúrbio psiquiátrico é de particular relevância para os especialistas em cirurgia plástica, haja vista a abordagem da insatisfação corporal, frequentemente identificada nos indivíduos que buscam os procedimentos exclusivamente estéticos. Subestimar questões psiquiátricas com relação à aparência do paciente pode desencadear o

agravamento de patologias diante da insatisfação com o resultado na busca de uma autoimagem inalcançável.

O caso exposto apresenta fragilidade de conduta ética, principalmente na autonomia do paciente, condução um tanto objetiva e mecânica da relação médico-paciente nas etapas da consulta, solicitação de exames, visita pré-anestésica até a cirurgia, não facilitando a comunicação entre as partes envolvidas. Informações necessárias e importantes deixam de ser passadas para o paciente, e anseios, dúvidas e expectativas deixam de ser esclarecidos. As chances de obtenção de resultados satisfatórios e a manutenção de uma boa relação profissional podem comprometer-se justamente pela falta de informação.

Por fim, a realização de procedimentos exclusivamente estéticos pode ser eticamente aceita desde que o benefício a ser alcançado – melhora da aparência e do bem-estar físico e mental – seja maior do que os riscos. É fundamental que os pacientes procurem de forma livre e consentida se submeter a tais procedimentos e que tenham conhecimento sobre todas as etapas e condições envolvidas. Ao cirurgião plástico compete se utilizar de todos os recursos técnicos a fim de passar as informações ao paciente e identificar e prevenir todos os fatores que possam expô-lo a riscos desnecessários sem que haja benefícios justificáveis ou resultados satisfatórios.

Referências

AUERSVALD, A. **Banalização da cirurgia plástica**. Paraná: Conselho Regional de Medicina do Paraná, 2012. Disponível em: https://www.crmpr.org.br/Banalizacao-da-cirurgia-plastica-13-848.shtml. Acesso em: 12 fev. 2021.

BARROS JÚNIOR, E. A. **Código de Ética Médica**: comentado e interpretado. Timburi, SP: Editora Cia do eBook, 2019.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola; 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. 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 de 2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. p. 35.

WEBER, J. B. B. Estética e bioética. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p. 302-305, jul./set. 2011. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/13656/2/Estetica_e_Bioetica.pdf&ved=2ahUKEwjw24-tttPqAhUhGLkGHZ63DVkQFjAAegQIAhAB&usg=AOvVaw1iq-5-5L9C3BpenBB0Et7X. Acesso em: 14 fev. 2021.

Ética médica, negócios à parte

Fernando Antônio Chagas Coelho[1]
Pedro Dantas Oliveira[2]

Paciente do sexo feminino, 32 anos, após procedimento de preenchimento facial, vai à consulta com o dermatologista para acompanhamento. Após 35 minutos de consulta, entre assuntos sobre viagens, estética e afins, o médico finaliza como sempre, gentil e atencioso, pedindo permissão à paciente para publicar uma foto do pré-procedimento e do pós-procedimento no próprio Instagram. A paciente, satisfeita com o resultado, tendo um bom relacionamento com o médico, sendo já amigos há algum tempo, e tendo o conhecido através da rede social, encantando-se com as fotos e seus resultados, aceita o pedido, desde que ela não possa ser identificada.

Questões provocativas

O médico pode divulgar seu trabalho nas redes sociais?
O médico pode prometer resultados a partir de fotos em seu Instagram?

Discussão

Nesse caso, destaca-se algo que se tornou comum na prática médica com o avanço tecnológico e o advento das redes sociais: a propaganda. Tal situação é um dos principais motivos de pacientes priorizarem profissional A ou B, tendo em vista a divulgação de seu trabalho, e, infelizmente, poucos

1 Acadêmico de Medicina na Universidade Federal de Sergipe - UFS.

2 Graduação em Medicina pela EBMSP. Residência Médica em Dermatologia no Hospital Universitário Professor Edgard Santos da UFBA. Doutor em Medicina e Saúde pela UFBA. Professor Adjunto de Dermatologia do Departamento de Medicina da UFS. Membro titular da Sociedade Brasileira de Dermatologia - SBD. Membro do Grupo Latino Americano de Linfomas Cutâneos - GLALC e membro da International Society of Cutaneous Lymphoma - ISCL.

profissionais demonstram ter conhecimento dos limites do marketing médico. Isso se torna ainda mais comum na parte da Medicina envolvida com estética, na qual é claramente percebida a comercialização da profissão, com propagandas cada vez mais agressivas e, em alguns casos, até mesmo inverídicas.

Por esse motivo, a propaganda médica deve ser analisada sob a ótica da ética, visando um melhor preparo dos profissionais quando elaborarem meios de atrair o público, fazendo-o de maneira correta perante a profissão que abraçaram.

Comentário do especialista

Considerando essa análise, vamos tratar do ponto principal do caso citado. A paciente permitiu a publicação das fotos. Contudo, o médico cometerá erro ético se, ainda que com consentimento do paciente, publicar as fotos em sua rede social.

O embasamento disso está no Código de Ética Médica – CEM, em seu Capítulo IX, artigo 75 (CFM, 2019), em que consta ser vedado ao médico *fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.*

Ainda assim, alguém poderia interpretar o texto equivocadamente, argumentando embasado na identificação do paciente, tendo em vista que casos clínicos identificáveis são a primeira menção do artigo. Nesse contexto, o próprio CEM, abaixo do mesmo artigo, faz referência a um parecer do Conselho Federal de Medicina – CFM que afirma o seguinte: *a exposição de pacientes não é permitida, nem mesmo com autorização expressa, apenas em trabalhos científicos se as imagens forem imprescindíveis.*

Logo, é possível perceber que, mesmo com o consentimento expresso e documentado do paciente, publicar imagem de procedimento realizado, seja qual for, mesmo que o paciente não seja identificado, é um ato antiético.

Além disso, outro ponto sobre a propaganda médica pode ser abordado aqui: a prática da comercialização da Medicina. No Capítulo XIII, artigo 112, do CEM (CFM, 2019), está escrito que é vedado ao médico *divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico*, e, no artigo 111, está vedado ao médico *permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de*

comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade (CFM, 2019).

Logo, alguém poderia levantar um questionamento sobre se a promoção da prática médica, visando a obtenção de mais clientes, seria algo ético. De acordo com os artigos citados anteriormente, não é ético, uma vez que está sendo feita divulgação de forma sensacionalista e promocional. Além disso, não há promoção educacional na maior parte dessas propagandas. Assim, é perceptível e seguro afirmar que a maior parte delas não tem compromisso em informar à população algum assunto na área da saúde. Tão somente as propagandas existem para atrair clientes, o que incorre em conduta antiética.

Vale considerar que o uso de propagandas também incita uma concorrência entre médicos, uma vez que ela – a propaganda – visa o lucro, algo proibido pelos presentes artigos do CEM citados, mas praticado na profissão. Contudo, nessa concorrência há um ponto com destaque na Resolução no 2.170/17 do CFM, frisado pelo seu relator, Emmanuel Fortes, que é preciso lembrar: *o CEM veda ao médico praticar concorrência desleal com outro médico.*

Logo, usar frases como "o melhor atendimento" ou "o melhor equipamento" para fazer as propagandas pode acarretar falhas éticas por parte do profissional, uma vez que equipamentos médicos têm certa padronização para ser aprovada sua utilização em atendimentos médicos, por mais que cada caso e relação médico-paciente sejam singulares, existem passos e protocolos a serem seguidos. Portanto, são frases irreais, com efeito apenas apelativo, mas sem comprovação, o que gera concorrência desleal e, por conseguinte, infração ética por parte do médico responsável pelo marketing.

Outrossim, com a propaganda criam-se expectativas com relação aos resultados de um tratamento. O médico deve ser cauteloso, na medida em que resultados não podem ser garantidos. No Código de Ética Médica: comentado e interpretado (BARROS JÚNIOR, 2019), afirma-se que é ingenuidade do profissional garantir resultados, visto que a Medicina é uma ciência que trabalha com probabilidades. Logo, a propaganda não deve fazer afirmações como "sua saúde do jeito que você desejou" ou, como é mais comum, "você linda para sempre". Tais frases carregam, em si mesmas, garantias que chamam o público, mas não podem ser sustentadas pelo médico, uma vez que trabalham com a subjetividade, já que desejo e beleza dependem do sujeito.

Portanto, nesta discussão é possível perceber que a propaganda médica não é proibida, mas tem limites, que são o técnico-científico, a verdade, o respeito aos outros profissionais e colegas e o melhor para o paciente. Como toda profissão, a Medicina promove o sustento dos profissionais. Contudo, trata-se de uma profissão centrada no melhor para o próximo, não podendo visar o lucro incondicionalmente, visto que isso anularia seu principal dever: promover bem-estar a outras pessoas.

Referências

BARROS JÚNIOR, E. A. **Código de Ética Médica**: comentado e interpretado. Timburi, SP: Editora Cia do eBook, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Código de Ética Médica**. **Resolução CFM no 2217/2018**. Rio de Janeiro: Idéia & Produções, 2019.

OLIVEIRA, P. D. Infrações éticas de dermatologistas e cirurgiões plásticos no Instagram e impacto no número de seguidores. **Rio Dermatológico, Coluna Ethos**. Sociedade Brasileira de Dermatologia, Regional Rio de Janeiro, RJ, edição 45, p. 26, 2019.

Transfobia na atenção básica: limite entre opinião e responsabilidade

Flávia Giovannonne de Godoy[1]
Hortênsia Maia de Araújo[2]

Cláudia Andrade (nome fictício), mulher transexual, 23 anos, chega ao PSF de sua área para uma consulta marcada com o médico da região. É sua primeira consulta naquela unidade: mudou-se há pouco tempo. Cláudia não passou pelo processo transexualizador hormonal e possui traços masculinos, muito embora tenha enxertos de silicone industrial realizados por ela mesma há alguns anos. O principal motivo da consulta é conhecer melhor o processo oferecido pelo SUS e saber da sua possível elegibilidade a ele. Também se mostra preocupada com a sua saúde, pois trabalha como profissional do sexo há 10 anos.

Ao chegar à Unidade, fala na recepção que possui nome social e que prefere ser chamada por ele.

Após esperar uma hora, o médico chama por Paulo Andrade, e Cláudia sente-se extremamente desconfortável ao se dirigir ao consultório.

Durante a consulta, o médico recusa-se a chamar a paciente pelo nome social dela, sempre se referindo a ela com pronomes masculinos.

Quando a paciente questiona sobre o *processo transexualizador no Sistema Único de Saúde*, o médico informa à paciente que não concorda com o que ela faz com o corpo dela, caracterizando como "mutilação", negando-se a informar sobre tratamentos hormonais disponibilizados pelo SUS.

---

1 Médica pela Universidade Federal de Sergipe - UFS.

2 Graduação em Medicina pela Universidade Tiradentes - UNIT. Pediatra pelo Hospital Universitário de Sergipe – HU/UFS. Professora do curso de Medicina da Universidade Tiradentes. Consultora em Amamentação. Membro do Departamento Científico de Aleitamento Materno da Sociedade Sergipana de Pediatria - Sosepe.

Questões provocativas

O que é um paciente Transexual?
É necessário chamar o paciente pelo nome social?
O médico cometeu alguma transgressão ética?
O profissional de saúde cometeu alguma transgressão civil?

Discussão

A princípio, deve-se entender um pouco melhor sobre a população transexual e o que a caracteriza, a fim de melhor compreendermos o que a paciente está passando. Para isso, precisamos definir os seguintes conceitos:

- *Sexo biológico*: manifestação biológica, cromossômica. Divide-se em macho e fêmea.
- *Gênero*: classificação pessoal, caracterizada por uma construção social. Orienta papéis e expressões femininas e masculinas. Independe do sexo biológico.
- *Identidade de gênero*: sentimento de pertencimento a um determinado gênero e capacidade de relacionar-se socialmente com ele.
- *Orientação sexual*: o que as pessoas sentem sobre si próprias em relação à atração sexual. Homossexualidade, Heterossexualidade, Bissexualidade e Assexualidade.

Por exemplo, um indivíduo que nasceu com o sexo biológico macho e se identifica com o gênero feminino possui a identidade de gênero trans. Logo, é uma mulher trans, e isso independe da orientação sexual.

Existe uma prevalência mundial descrita de que, para cada 11.900 homens, nasce uma mulher trans e, para cada 30.400 mulheres, nasce um homem trans. Trata-se de um número alto, e, mesmo que no Brasil não haja estudos epidemiológicos o bastante para quantificar sua população trans, se estima compor 1,9% da população brasileira.

Levando-se em conta a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, em seu artigo 4º, é dito que:

> Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.
> Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de

> idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, **identidade de gênero**, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe: I – Identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir, em todo documento do usuário e usuária, um campo para se registrar o nome social, independentemente do registro civil, **sendo assegurado o uso do nome de preferência**, não podendo ser identificado por número, nome ou código, ou outras formas desrespeitosas, ou preconceituosas (grifos nossos).

Esse documento trata-se de um dos princípios essenciais do SUS, e nele consta que é direito do usuário ser chamado da maneira que for preferível a ele. Deve-se, pois, respeitar a autonomia do paciente.

Esses pacientes, ao procurarem ajuda médica, deparam-se com uma rede despreparada para atendê-los. Isso leva à construção de uma barreira muito difícil de ser desconstruída.

Trata-se de uma população com singularidades, seus indivíduos muitas vezes têm uma trajetória de vida marcada por intenso sofrimento e depressão, associados a automutilação e tentativas de suicídio. A expectativa de vida de uma pessoa transexual é de 35 anos, 90% das mulheres trans entram compulsoriamente na prostituição, 30% das mulheres trans são HIV+.

Pensando nisso, o atendimento a pessoas transexuais e travestis foi instituído pelas Portarias no 1.707 e 457, de agosto de 2008, e através da Portaria no 2.803, de 19 de novembro de 2013, sendo ampliados e redefinidos o atendimento aos pacientes transexuais e o processo transexualizador.

Quanto à maneira como o médico tratou a paciente, chamando-a pelo pronome masculino e pelo nome de registro, quando ela já havia deixado clara a sua preferência pelo feminino, segundo a Resolução do CFM nº 2.265, de 20 de setembro de 2019, é dito que:

> Art. 2º. A atenção integral à saúde do transgênero deve contemplar todas as suas necessidades, garantindo o acesso, sem qualquer tipo de discriminação, às atenções básica, especializada e de urgência e emergência.
> Art. 3º. A assistência médica destinada a promover atenção integral e especializada ao transgênero inclui acolhimento, acompanhamento, procedimentos clínicos, cirúrgicos e pós-cirúrgicos.

Logo, observa-se que o médico tratou a paciente com desrespeito e negou o direito que ela tinha.

Além disso, levando em conta quando negou a informação sobre o processo transexualizador, ofertado pelo SUS desde 2008, o médico também foi contra o artigo 3º da Resolução supracitada.

A partir de 2013, com a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.803, garante-se o atendimento integral às pessoas transexuais e travestis, com acolhimento, atenção básica e atenção especializada, principalmente em relação ao processo transexualizador. A Portaria também inclui o direito do paciente a ter seu nome social respeitado.

O paciente em processo transexualizador necessita de um tratamento multidisciplinar, que inclui psicoterapia, hormonioterapia e tratamento cirúrgico para os pacientes de 21 a 75 anos de idade.

A rede de atendimento a esses pacientes também inclui atenção especializada em hospitais no Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre, Recife e Goiás para cirurgia de redesignação sexual.

Avaliando a ação do médico de negar informação sobre o tratamento, mesmo que no Código de Ética conste que se negar a realizar atos médicos contrários aos ditames de sua consciência seja um direito médico, o próprio Código de Ética Médica – CEM (CFM, 2019) traz as seguintes afirmações:

É vetado ao médico:

> Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.
> Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Logo, o médico, ao tratar a paciente da maneira como a tratou e ao lhe negar informações sobre o tratamento ofertado, está transgredindo o Código de Ética Médica. Mesmo que isso vá contra seus princípios e o médico não se sinta confortável com o tratamento, não se trata de um ato médico, e o paciente não deve sair prejudicado por conta das crenças do médico.

Em conclusão, o médico assistente cometeu um grave delito ético, que vai desde desrespeitar a paciente e constrangê-la até lhe negar o tratamento que é ofertado pela rede pública.

No momento, saímos do âmbito médico e entramos numa situação jurídica. Em 13 de junho de 2019, o Supremo Tribunal Federal votou a seguinte injunção:

> MANDADO DE INJUNÇÃO
> Origem: DF - DISTRITO FEDERAL
> Relator: MIN. EDSON FACHIN
> Redator do acórdão
> O Tribunal, por maioria, conheceu do mandado de injunção, vencido o Ministro Marco Aurélio, que não admitia a via mandamental. Por maioria, julgou procedente o mandado de injunção para (i) reconhecer a mora inconstitucional do Congresso Nacional e; (ii) aplicar, com efeitos prospectivos, até que o Congresso Nacional venha a legislar a respeito, a Lei nº 7.716/89 a fim de estender a tipificação prevista para os crimes resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional à discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero, nos termos do voto do Relator, vencidos, em menor extensão, os Ministros Ricardo Lewandowski e Dias Toffoli (Presidente) e o Ministro Marco Aurélio, que julgava inadequada a via mandamental. Plenário, 13.06.2019.

Para facilitar o entendimento, segue a Lei nº 7.716/89 da Constituição Brasileira, que diz que a pena por incitar ou induzir discriminação tem como consequência a reclusão de um a três anos e multa.

Logo, a ação realizada pelo médico, em discriminar, constranger e humilhar a paciente, além de infringir o CEM, também é criminosa frente à Constituição Federal. Casos como esse devem ser severamente condenados pela comunidade médica.

Comentário do especialista

Apesar de a atenção integral à saúde do transgênero já estar instituída nacionalmente desde o ano de 2008, o que se observa é a pouca experiência dos serviços de saúde em relação ao tema. Isso ocorre tanto por parte dos profissionais médicos quanto dos não médicos, caracterizando uma problemática multiprofissional. Dessa forma, uma barreira aos cuidados em saúde dessa população é construída.

O preconceito e a opinião negativa das pessoas que deveriam ofertar apoio e cuidado, muitas vezes, acabam por afastar esses pacientes ainda

mais. Infelizmente, situações como as citadas no caso exposto não são raras. A problemática evidencia a necessidade da promoção em saúde, da pesquisa e da educação em relação ao assunto, a fim de que sejam alcançados respeito, dignidade e igualdade de direitos para pessoas transexuais e com variabilidade de gênero em todos os aspectos sociais e culturais.

A Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero – WPATH tem como uma das suas principais funções promover os mais altos padrões de assistência à saúde de pessoas com disforia de gênero. Isso ocorre por meio do desenvolvimento de Normas de Atenção – NDA, que se baseiam na melhor informação científica disponível no consenso profissional especializado. Para isso, são envolvidos profissionais das áreas de endocrinologia, psiquiatria, psicologia, ginecologia, cirurgia, entre outras especialidades – médicas ou não. São pacientes complexos, com necessidades complexas e que devem ser tratados com dignidade e respeito.

Em âmbito nacional, o Brasil já dispõe de 13 ambulatórios habilitados pelo Ministério da Saúde especializados no atendimento à saúde integral da pessoa trans. Estão disponíveis também cinco hospitais que realizam a cirurgia de redesignação sexual, localizados em São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, Porto Alegre e Goiânia.

Apesar disso, de maneira lamentável, o Brasil é o país que mais mata travestis e transexuais no mundo, seguido do México, que apresenta apenas 20% da nossa casuística. O país lidera esse ranking de assassinatos há 10 anos, e, apenas em 2019, segundo o dossiê da Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA, foram assassinadas 124 pessoas trans e travestis no Brasil. Em contrapartida, o Brasil é o país que mais consome mídia pornográfica de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, *Queers*, Intersexuais, Assexuais e outros – LGBTQIA+, o que representa um contrassenso, mas caracteriza um motivo para reflexão.

Os pacientes transexuais que procuram atendimento muitas vezes já passaram por muitos traumas e frustrações relacionados à sua saúde, mas precisam de atenção tanto pelo alto índice de mortalidade quanto por terem o direito de serem tratados de maneira correta e ética, sem opiniões desrespeitosas de profissionais despreparados.

É muito importante que se aborde o tema transexualidade nos meios acadêmicos para que se possa conhecer, respeitar e promover saúde ao indivíduo transexual, fazendo jus às palavras da Declaração Universal dos Direitos Humanos que são inequívocas quando dizem, no artigo 1º, que todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos.

Referências

BENEVIDES, B. G.; NOGUEIRA, S. N. B. (Orgs.). Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020. São Paulo: **Expressão Popular, ANTRA, IBTE**, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed., 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Resolução no 2.265, de 20 de setembro de 2019**. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ed. 6, seção I, p. 96, 09 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **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: Conselho Federal de Medicina, 2019.

COSTA, E. M. F.; MENDONÇA, B. B. Clinical management of transsexual subjects. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 58, n. 2, p. 188-196, 2014.

LERRI, M. R. *et al.* Clinical characteristics in a sample of transsexual people. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 39, n. 10, p. 545-551, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Conselho de Direitos Humanos**. Nascidos Livres e Iguais. Orientação Sexual e Identidade de Gênero no Regime Internacional de Direitos Humanos. Brasília, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA E MEDICINA LABORATORIAL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA; COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM. **Posicionamento Conjunto Medicina Diagnóstica inclusiva**: cuidando de pacientes transgênero. Disponível em: https://www.endocrino.org.br/media/pdfs_documentos/posicionamento_trangenero_sbem_sbpcml_cbr.pdf. Acesso em: 15 fev. 2021.

Sexualidade, contracepção e sigilo na consulta do adolescente

Rebeca Feitosa Dória Alves[1]
Renata Tavares da Silva[2]

Maria Fernanda de Souza (nome hipotético), 15 anos, sexo feminino, solteira, estudante, vai à Unidade Básica de Saúde juntamente com sua mãe, e uma médica as recebe em sua sala para a consulta. Num primeiro momento, a adolescente, na presença da mãe, relata choros frequentes, cefaleia e inapetência há uma semana. A acompanhante confirma a fala da filha e acrescenta que notou certo isolamento quanto os habituais ciclos sociais e escolares sem uma causa aparente.

Em um segundo momento, a médica que atendia a adolescente solicita à mãe da paciente que deixe a sala para dar continuidade à anamnese com maior privacidade para a menina. Nesta etapa, a paciente, depois de muito relutar, conta para a médica que, após conversar bastante com o namorado, pretendia iniciar sua vida sexual na semana subsequente, mas se sentia insegura com a possibilidade de gravidez. Revelou também que havia decidido com o parceiro que não fariam o uso de preservativos no ato e que ambos não conheciam outras formas de anticoncepção. Ela completa falando que a mãe não tem conhecimento do namoro, e a médica responde pedindo um voto de confiança, garantindo sigilo à mãe do que foi conversado com a paciente.

Já na terceira parte da consulta, com o retorno da acompanhante à sala, a médica direciona-se somente à mãe da paciente e logo traz todo o conteúdo debatido anteriormente quando estava a sós com a filha. Fala sobre o

1 Acadêmica de Medicina na Universidade Tiradentes - UNIT.

2 Graduação em Medicina pela Universidade Tiradentes. Pediatra pelo Hospital Universitário de Sergipe – HU/UFS. Professora do curso de Medicina da Universidade Tiradentes. Consultora em Amamentação. Membro do Departamento Científico de Aleitamento Materno da Sociedade Sergipana de Pediatria - Sosepe.

namoro, as intenções de relação sexual e a ausência de preservativo. Como justificativa para a quebra de sigilo, diz que aquilo tudo era bobagem para esconder da mãe da paciente e que estava tentando ajudar. Ao fim, a médica fala abertamente, na presença da paciente e da sua acompanhante, sobre os variados métodos anticoncepcionais. Logo após, a paciente e a acompanhante deixam o consultório, evidentemente constrangidas e insatisfeitas com a situação.

Questões provocativas

A profissional agiu eticamente quando solicitou a saída da acompanhante da sala de consulta?
A médica agiu corretamente ao comunicar para mãe o que a paciente havia dito quando estavam a sós?
A médica está correta em instruir a paciente adolescente sobre os métodos contraceptivos?

Discussão

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, a adolescência engloba o período da vida humana entre 12 e 18 anos. Esse período representa a transição da infância para a fase adulta na qual o adolescente passa por mudanças físicas em seu corpo (puberdade) e tantas outras nas esferas cognitivas, psicológicas, identitárias e sociais. Nesse contexto, é difícil que os adolescentes encontrem conforto para falar abertamente de assuntos como a sexualidade por conta de certo constrangimento e medo da desaprovação de pais ou responsáveis (OLIVEIRA-MONTEIRO; RAMOS, 2017).

O ECA (BRASIL, 1990) institui à criança e ao adolescente o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis (BRASIL, ECA, art. 15).

Com essa premissa, pessoas que se encaixam na faixa etária condizente à infância ou à adolescência são consideradas cidadãs e, no que tange ao direito ao respeito, têm proteção pautada na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral (BRASIL, ECA, art. 17).

Assim sendo, foi traçada uma recomendação específica pelo Comitê de Direitos da Criança no ano de 2003 a fim de resguardar a autonomia, o sigilo e a privacidade do adolescente, bem como o acesso aos serviços, na

ausência ou presença de seus pais ou responsáveis, aplicada também à questão de saúde sexual e reprodutiva (FIGUEREDO, 2018). Como mecanismo de auxílio à autonomia do adolescente, a anamnese pode ser dividida em três ou mais momentos, como aconteceu no caso, a fim de proporcionar um espaço mais confortável para colher informações do paciente, sem interferências atreladas à inclusão do acompanhante (BERMUDEZ, 2018).

O Código de Ética Médica (CFM, 2019) ratifica tais pontos ao determinar que:

> É vedado ao médico revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente – Código de Ética Médica, Capítulo IX, art. 74.

Em concordância, a Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988) traz o seguinte:

> São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação – Constituição Federal Brasileira, inciso X, art. 5º.

As situações de namoro e iniciação sexual configuram ocasiões para uma postura de manutenção de sigilo por parte do profissional (BERMUDEZ, 2018). Cabe ao médico, portanto, portar-se de forma empática e compreender que os assuntos ali colocados envolvem as emoções, as frustrações, os anseios e os medos de seu paciente. A quebra do sigilo pode acarretar pena de detenção de 3 (três) meses a um ano ou multa, segundo o Código Penal Brasileiro, no seu artigo 154 (BRASIL, 1940).

Quanto à abordagem acerca dos anticoncepcionais, a ação de orientação para o uso, visando a prevenção de uma gestação inoportuna na adolescência, é um consenso entre a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO e a Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP, tendo sua importância documentada e recomendada. A Academia Americana de Pediatria – AAP também ressalta o poderoso papel do profissional como elo informativo para a anticoncepção na adolescência (AZEVEDO, 2018).

O Código de Ética Médica permite inclusive a prescrição de medicação anticoncepcional dentro de uma conjuntura de sigilo, desde que a

adolescente tenha a maturidade necessária para adesão (BERMUDEZ, 2018). Vale ressaltar que a instrução oferecida pelo profissional de saúde deve ser delicada, completa e acessível, visto que a sexualidade é um panorama novo e coberto de tabus para os adolescentes. O ideal é apresentar detalhadamente as diversas possibilidades entre as formas de anticoncepção, bem como a combinação delas com o preservativo, com foco não somente no cuidado contra a gravidez indesejada, mas também na utilização de uma medida simples e eficaz para prevenir infecções sexualmente transmissíveis – ISTs.

Diante do exposto, a conduta mais apropriada para o caso é o respeito ao Código de Ética por meio de proteção às informações colhidas a sós com a paciente, respeitando o sigilo médico. A orientação/escolha dos métodos anticoncepcionais deveria ser discutida a sós com a adolescente ou mesmo conjuntamente com o parceiro. Além disso, abordar aspectos sobre educação sexual para então inserir a adolescente nesse contexto da sua vida. Desse modo, o profissional médico prezaria pela autonomia e integridade.

Comentário do especialista

A adolescência se caracteriza por um período de mudanças corporais, psíquicas, afetivo-sexuais, comportamentais, socioculturais e espirituais, o que torna o adolescente um ser vulnerável.

Para a compreensão desse processo natural e biológico, o profissional de saúde deve capacitar-se tecnicamente, bem como desenvolver habilidades de comunicação, escuta aberta e livre de julgamentos, empatia, conhecer normas técnicas, leis e instrumentos de proteção e, sobretudo, relacionar-se com o adolescente e seus familiares.

A consulta com o adolescente, seja em pronto atendimento ou de rotina, deve ser cordial a fim de que se sinta valorizado, acolhido e capaz de exercer sua autonomia e proatividade. Normalmente, as consultas ambulatoriais são estruturadas em três tempos, a saber:

Primeiro tempo – abordagem com o adolescente e o acompanhante.

No primeiro encontro, reforça-se que o objeto central da consulta é o adolescente e que ali haverá espaço para problemáticas, anseios, frustrações e situações de agravos em saúde de maneira ética e sigilosa. Deve-se respeitar os princípios éticos da relação médico-paciente, como direito ao sigilo, privacidade e confiabilidade. No entanto, faz-se importante

alertar o adolescente e o acompanhante sobre o limite das questões éticas, descrevendo as situações de quebra de sigilo, como nos casos de diversos tipo de violência, uso escalonado ou sinais de dependência de drogas lícitas e ilícitas, autoagressão, ideação suicida e/ou homicida, fuga de casa, gravidez, abortamento, sorologia positiva para HIV/AIDS, não adesão ao tratamento com risco ao adolescente ou terceiros, diagnósticos de doenças graves e transtornos psiquiátricos.

Além disso, abordar-se-ão os seguintes tópicos: motivo da consulta, história pregressa e atual de doenças, situação vacinal, antecedentes gestacionais e perinatais, antecedentes familiares, condições socioeconômicas e ambientais, condições de moradia e renda familiar.

Segundo tempo – entrevista com o paciente a sós.

Esta deve ocorrer em ambiente sigiloso e abordar novamente o motivo da consulta, já que pode diferenciar daquele referido na presença da família. Nesse momento, questiona-se sobre percepção corporal e autoestima, relação com a família e os amigos, lazer, relações sociais, grupo de iguais, desenvolvimento afetivo, emocional e sexual, crenças, religião, situações de risco e vulnerabilidade, uso ou contato com drogas lícitas e ilícitas, comportamentos sexuais, gênero e orientação sexual, exposição a acidentes e situações violentas e tempo de exposição às telas digitais.

Existe um instrumento utilizado pelos profissionais que assistem o adolescente para identificar situações de vulnerabilidade. O protocolo HEEADSSS, modificado pela última vez em 2004, é considerado um método indireto para avaliar comportamento e complementar a entrevista com o adolescente, mas não substitui a anamnese. A sigla vem da palavra inglesa *heads*, que significa "cabeça", e cada letra corresponde a: H (*home*, "lar"), E (*education/employment*, "educação"/"emprego"), E (*eating disorders,* "distúrbios alimentares"), A (*activities*, "atividades"), D (*drugs*, "drogas"), S (*sexuality*, "sexualidade"), S (*suicide*, "suicídio") e S (*security,* "segurança").

Terceiro tempo – pode ser apenas com o adolescente ou junto com o acompanhante.

Nesta etapa ocorre o fechamento da consulta, após exame físico, realizado na etapa anterior, com a abordagem das hipóteses diagnósticas e o plano terapêutico a ser discutido e compartilhado com o objeto da consulta, o adolescente.

O caso exposto neste capítulo traz discussões éticas e técnicas quanto à atuação profissional.

No primeiro momento, não houve abordagem sobre a estrutura da consulta, bem como não se dialogou sobre os aspectos éticos e legais que permeiam a entrevista com o adolescente. Isso por si só já fragiliza a relação médico-paciente, como também a relação médico-familiar, uma vez que pode gerar desconforto por parte do adolescente em situações de quebra de sigilo e desconfiança por parte do familiar ao ser convidado pelo médico a se retirar em um segundo momento.

O primeiro momento restringiu-se ao "motivo da consulta", não sendo abordados outros pontos já citados anteriormente e que seriam necessários ao entendimento do contexto físico, emocional e social em que o paciente está envolvido. Tal postura pode repercutir negativamente na relação médico-paciente pela não valorização integral do objeto da consulta.

No segundo momento, apesar de pouco acolhedora a atitude médica, a adolescente revelou a intenção e o desejo de iniciar relação sexual com o parceiro e receios em relação à gravidez. Essa era uma excelente oportunidade para abordar um problema de saúde pública – gravidez na adolescência. A população adolescente corresponde aproximadamente a 20-30% da população mundial e no Brasil a 23%. A taxa de gestação na adolescência em nosso país é de 400 mil casos/ano, sendo considerada alta para a América Latina. Em 2015, 18% dos nascidos vivos eram filhos de mães adolescentes (SBP, 2019). Faz parte da consulta médica a educação do paciente com orientações e informações, especialmente para um tema tão relevante para essa população. A preocupação do profissional não deve se restringir à discussão/escolha do método contraceptivo, mas também discutir sobre orientação sexual em se tratando de iniciação à vida sexual. Para tanto, é necessário conversar sobre os diversos tipos de relação sexual, como se proteger de situações de risco à saúde, como explorar o próprio corpo.

Outro ponto interessante é entender a razão que a faz "esconder o namoro e a intenção de iniciar vida sexual da mãe". Seria um receio relacionado a questões de crenças/religião da família? Seria um temor revelar a identidade do seu parceiro à família por diferença de idade ou por ser um parceiro com envolvimento em pequenas transgressões? Seria mesmo desejo dela iniciar a vida sexual ou pressão/coação do parceiro? Seria ela, a adolescente, vítima de algum tipo de violência no relacionamento? Tais questionamentos devem ser abordados, pois configuram situações de agravos à saúde física e psíquica da paciente.

Ainda no segundo momento, deve-se explorar mais sobre a queixa de "choro, inapetência e cefaleia", como também "isolamento social e escolar". Apesar de não se revelar o motivo imediato, é importante confirmar com a adolescente qual a razão do choro, se está apenas relacionado ao conflito/medo sexual ou se tem a ver com a sua autoestima. Os distúrbios psiquiátricos, principalmente depressão e ansiedade, estão presentes na adolescência. Segundo Biazus e Ramires (2012), na adolescência 75% das internações psiquiátricas estão relacionadas à depressão. O clamor por uma nova identidade, associado a alterações fisiológicas e conflitos referentes à perda da imagem infantil e ao rompimento com os pais, tornando o adolescente apto a escolhas, faz da adolescência um fator importante para os transtornos psiquiátricos.

Portanto, mesmo na ausência de sintomas psiquiátricos, deve-se questionar o adolescente quanto à autoestima, à relação com sua imagem, ao sono, ao estado de humor, à relação com os amigos, à ideação suicida e a perspectivas de futuro, assim se norteará o adolescente para o enfrentamento ao sofrimento psíquico.

Fica clara, no terceiro momento, a infração ética ao se quebrar o sigilo em uma situação em que não se configura a quebra. Além disso, tanto a mãe quanto a paciente não tiveram a resolução do problema "método contraceptivo".

O entendimento médico da adolescência é imprescindível para a proteção dela. É verdade que, para tanto, o profissional deve ter uma educação continuada e uma abordagem diferenciada à saúde integral dessa população heterogênea. Os conhecimentos éticos ajudarão, sobremaneira, os profissionais a encontrarem a abordagem adequada às problemáticas da adolescência, sem julgamentos e valores que interfiram na relação médico-paciente.

Refêrência

AZEVEDO, A. E. B. I. *et al.* Guia Prático de Atualização: Anticoncepção na Adolescência. Rio de Janeiro: **Sociedade Brasileira de Pediatria**, 2018.

BERMUDEZ, B. E. B. V. Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 73-85, 2018.

BIAZUS, C. B.; RAMIRES, V. R. R. Depressão na adolescência: uma problemática de vínculos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 83-91, jan./mar. 2012.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

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. Acesso em: 11 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **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 de 2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE ADOLESCÊNCIA. **Manual de Orientação - Consulta do adolescente**: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. Sociedade Brasileira de Pediatria, jan. 2019.

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE ADOLESCÊNCIA. **Guia Prático de Atualização - Prevenção da gravidez na adolescência**. Sociedade Brasileira de Pediatria, jan. 2019.

FIGUEREDO, R. Atenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes desacompanhados. **Adolescência e saúde** 4, São Paulo, p. 73, 2018.

OLIVEIRA-MONTEIRO, N. R.; RAMOS, R. Y. A. N. M. Condições psicológicas e comportamentos sexuais de adolescentes. **Psicologia Argumento**, [S.l.], v. 34, n. 87, nov. 2017. ISSN 1980-5942. Disponível em: https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/18291/17706. Acesso em: 11 jul. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Prevenção da Gravidez na Adolescência. **Guia Prático de Atualização**, São Paulo, n. 11, Janeiro 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Adolescencia_-_21621c-GPA_-_Prevencao_Gravidez_Adolescencia.pdf. Acesso em: 7 abr. 2021.

À guisa de conclusão

Profa. Dra. Déborah Pimentel

Valores éticos devem ser harmônicos, coerentes, sistemáticos e confiáveis. Porém, conflitos éticos são inevitáveis. Considerando que a ética é o estudo do dever moral e da obrigação, do certo e do errado, e inclui valores e princípios, quando se refere à saúde geralmente está relacionada às responsabilidades dos profissionais quanto aos seus pacientes.

Por outro lado, os pacientes mudaram, não são passivos e são pouco tolerantes aos erros, inquestionavelmente inerentes à condição humana. Os erros médicos são factíveis, portanto, ao exercício da Medicina, prática desafiadora, cheia de surpresas e sem garantias.

O médico não pode fazer promessas, nem assegurar sucesso na cura de seus pacientes, e os erros significam, às vezes, apenas o uso de conceitos equivocados, falsos juízos que levam a uma escolha infeliz de um método diagnóstico ou terapêutico em detrimento de outro, trazendo repercussões às vezes desastrosas.

Erro médico não necessariamente significa falta de conhecimento, mas pode ser consequência das condições de trabalho: carga horária excessiva, problemas na interação com outras pessoas e falta de treinamento com os membros da equipe. Para que se obtenha a segurança do paciente, são necessárias estratégias médicas e de gestão para lidar com atos inseguros. No entanto, práticas seguras de saúde devem ser garantidas a todos os pacientes, mesmo tendo em vista problemas como disponibilidade e acessibilidade de recursos.

O estudo da moral e da ética implicadas nos avanços da Medicina, nas novas descobertas científicas, nas pesquisas com fármacos e na engenharia genética leva à elaboração de um novo conceito, o da ética da vida, ou simplesmente bioética. Essa concepção surgiu com o objetivo de manter a dignidade humana, ao tempo em que atende às demandas das ciências na atualidade.

Quanto à deontologia, diz respeito aos valores morais associados a um sistema de controle de determinado conteúdo ético, na área profissional, que dá um caráter prescritivo. Os códigos deontológicos são instrumentos normativos de deveres e condutas, e sua lógica leva a uma avaliação e formulação de juízos sobre as ações no exercício profissional. As normas de conduta fazem-se presentes, quer na vida pública, quer na privada, e deflagram conflitos de interesse coletivo ou individual, comprometendo as relações do médico com os seus pacientes e/ou familiares responsáveis.

Conclui-se, portanto, que relações éticas são aquelas desejáveis, harmônicas, estabelecidas a partir da verdade, do respeito e da confiança, dentro dos princípios morais e éticos, o mais próximo possível da retidão e em conformidade com o código deontológico.

Quem procura um profissional de saúde, com expectativas, medos e dores, espera que ele consiga mitigar seus males. A relação que se estabelece entre esse profissional de saúde e seu paciente é baseada nas habilidades de comunicação do primeiro e, necessariamente, na confiança que ele inspira e, ainda, na compreensão do paciente de que o profissional tem limites e não faz milagres.

Os pacientes, ainda que não tenham ilusão sobre o envolvimento dos profissionais de saúde com o sofrimento que lhes é apresentado, exigem destes o interesse genuíno. Não obstante, médicos se defendem do sofrimento e da morte e se distanciam cada vez mais de seus pacientes, de modo a evitar sua própria dor e seus limites.

Sabe-se que uma melhor habilidade de comunicação entre profissionais, pacientes e interpares aumenta a qualidade dos serviços, levando inclusive a uma maior adesão ao tratamento em razão de laço mais estreito com os profissionais, incrementando a capacidade resolutiva e com menos sintomas psicossomáticos.

Os princípios éticos são fonte de orientação de condutas e justificativas para nossas ações. Por seu caráter norteador, o Código de Ética fornece autonomia na tomada de decisões, conferindo aos profissionais de saúde confiança e responsabilidade.

Os serviços precisam ser mais aparelhados e funcionar com todos os recursos necessários a uma boa assistência. É importante que haja também reengenharia nos planos de cargos e salários para que os profissionais se sintam novamente prestigiados, valorizados e, por conseguinte, motivados para o exercício profissional, sem se deixarem seduzir pela indústria ou

por ofertas outras que comprometam a autonomia deles na escolha do melhor exame, do procedimento mais adequado e do tratamento mais indicado para o paciente, que merece total respeito.

É desejável que as tarefas assistenciais sejam mais humanizadas e que os profissionais de saúde valorizem mais os aspectos interpessoais e escutem melhor os seus pacientes; que, além dos conhecimentos e das habilidades técnicas, ligados às especialidades que exercem, busquem aprender como melhor interagir com os pacientes e suas equipes; que desenvolvam a capacidade de perceber as motivações das atitudes dos doentes e que reconheçam neles mesmos os efeitos que tais comportamentos lhes promovem, tais como angústia, raiva e impotência, ou ainda suas respectivas defesas diante da dor e do sofrimento alheios.

Faz-se mister o aprimoramento das disciplinas Habilidades de comunicação e Humanidades médicas, com a conscientização de professores no que tange a seus papéis e exemplos éticos para seus alunos, em uma interface entre a teoria e a prática, de sorte que, quando no cotidiano laboral, esses profissionais administrem os conflitos de forma adequada, sem comprometer a relação com os pacientes.

As mudanças devem passar necessariamente por um processo de conscientização de todos os envolvidos, quais sejam: os departamentos de ensino das universidades, que são, com os professores, os responsáveis pela graduação, os pesquisadores, os líderes de conselhos de classe e sindicatos, os gestores e os próprios médicos, no sentido de garantirem o compromisso e manterem o desejo de exercer atividades assistenciais dentro de princípios éticos, com respeito, compromisso, boa comunicação e bons vínculos com pacientes e com a própria equipe de trabalho.

Assim, fica o convite para pesquisas, reflexões, posturas críticas, recolocando a dimensão social relacional no cerne da humanização das práticas de saúde.

Posfácio

Conheço a professora Déborah Pimentel desde os bancos da Faculdade de Medicina da nossa Universidade Federal de Sergipe, no antigo Instituto de Biologia, onde começamos juntos o curso médico na turma de 1977, primeiro semestre. Déborah sempre inquieta, sedenta por novos conhecimentos, muito atenta nas aulas teóricas e práticas e uma excelente companhia para discutirmos os assuntos ministrados nas aulas nos intervalos entre elas. Ao chegarmos ao ciclo profissional, via-se claramente que a aluna Déborah tinha um interesse particular pelos atendimentos em ambulatório, pela postura do professor/médico diante dos pacientes e como estes eram abordados e obtinham explanação acerca do mal que os afligia, ou seja, notava-se na distinta colega uma preocupação com o aspecto ético dos atendimentos em Medicina.

Após a graduação, a professora Déborah dedicou-se a uma formação psicanalítica completa, passando a atender no seu consultório, o que faz até hoje. Cursou também Mestrado e Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe, onde é professora, como também na Universidade Tiradentes, e suas disciplinas versam sobre bioética, habilidades na comunicação, medicina legal e deontologia, sendo portanto esses assuntos parte indissociável do seu dia a dia como docente e pesquisadora na área, sobre os quais tem produzido vários livros, artigos e capítulos de livros relacionados ao tema, tais como: *Relações e Conflitos Éticos na Prática de Médicos e Enfermeiros*, que foi publicado pelo Conselho Federal de Medicina, Formação de Psicanalistas e *O Sonho do Jaleco Branco - saúde mental dos profissionais de saúde*. Foi também organizadora de duas obras coletivas sobre psicanálise, sendo sua experiência na área de Medicina, como já foi dito, enfatizada nessa especialidade médica. A questão ética dos médicos e outros profissionais de saúde é o tema central de sua docência, e, através das várias ligas de saúde mental que coordena na UNIT e na Universidade Federal de Sergipe, seus alunos são incentivados a considerar o aspecto ético na sua formação profissional.

Nesta obra, *Conflitos Éticos na Prática Médica: Casos Clínicos*, a professora Déborah e seus colaboradores relatam, de forma bastante didática, vários casos clínicos encontrados na prática médica, com comentários de especialistas sobre temas da mais alta relevância, tais como: aborto, abuso sexual, atestado médico, autonomia do médico, autonomia do paciente, barriga solidária, conflitos de interesse, crianças testemunhas de Jeová, cuidados paliativos, declaração de óbito, defesa da criança, manipulação genética, dignidade, direitos reprodutivos, erro médico, ética em pesquisa, fertilização, iatrogenia, indústria farmacêutica, integralidade, judicialização da saúde, mercantilização da medicina, notificação em caso de violência infantil, ética da prática de fins no caso da estética, prescrição, procedimento estético, propaganda médica, internação involuntária em psiquiatria, relação entre médicos, reprodução assistida, responsabilidade médica, saúde LGBTQ, saúde pública, sexualidade, sigilo profissional, terapia genética, testamento vital, testemunha de Jeová, transfobia, violência contra a mulher e violência infantil.

Esta obra certamente se tornará leitura obrigatória para todos os alunos, graduados e até mesmo pós-graduados que venham a ter, como missão de vida, o tratamento da saúde física e mental da população.

Congratulações efusivas à Professora Doutora Déborah Mônica Machado Pimentel e a toda a sua equipe de alunos, pós-graduandos e professores de várias áreas do conhecimento que enriqueceram este livro com seus comentários acerca dos diferentes e delicados temas aqui discutidos.

Professor Dr. Roberto César Pereira do Prado

Presidente da Academia Sergipana de Medicina – ASM
Professor Titular de Neurologia da Universidade Federal de Sergipe – UFS

Editora ArtNer Comunicação
editoraartner@gmail.com
(79) 99131-7653 (WhatsApp)

Papel da capa: Supremo 250g
Papel do miolo: Ofset 75g
Formato: 16x23 cm
Fonts: Cambria e Encode