



Relação
médico-paciente
Um encontro



CREMESP 60
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO anos

Relação médico-paciente – Um encontro

Carlos Alberto Pessoa Rosa
Coordenador

Relação médico-paciente – Um encontro

Relação médico-paciente – Um encontro
Publicação do Centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina
do Estado de São Paulo (Cremesp)
Rua Luís Coelho, 26 – Consolação
São Paulo – SP – CEP 01309-000 – Tel.: (11) 4349-9900

Presidente do Cremesp
Lavínio Nilton Camarim

Vice-presidente do Cremesp
Renato Françoso Filho

Diretor do Departamento de Comunicação
Antonio Pereira Filho

Coordenador do Centro de Bioética
Reinaldo Ayer de Oliveira

Coordenação da obra
Carlos Alberto Pessoa Rosa

Elaboração
Grupo Especial do Livro Relação Médico-Paciente – *Carlos Alberto Pessoa Rosa, Claudionor Picarelli, Concília Ortona, Marly Aparecida L. A. Mazzucato e Roberto Douglas Moreira*

Edição e redação
Concília Ortona (MtB 19.259)

Apoio editorial
Fátima Barbosa

Revisão
Stéphanie Roque e Glaiane Quinteiro | Tikinet

Projeto gráfico/Diagramação
Moacir Barbosa

Capa:
Moacir Barbosa (com ilustração de Lorelyn Medina/Shutterstock)

Apoio bibliográfico
Dinaura Paulino Franco

Apoio administrativo
Laura Abreu

Estagiárias
Daiane Santos da Cruz e Kátiuscia Silva Paiva

FICHA CATALOGRÁFICA

Relação médico-paciente – Um encontro / Coordenação de Carlos Alberto Pessoa Rosa. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2017.

160 p

Vários colaboradores
ISBN 978-85-89656-28-3

1. Relação médico-paciente 2. Ética médica I. Rosa, Carlos Alberto Pessoa (Coord.) II. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

Classificação: NLM W 50

Autores

Carlos Alberto Pessoa Rosa

Especialista em Cardiologia e Clínica Médica; membro da Câmara Técnica de Cardiologia do Cremesp; delegado superintendente da Delegacia Regional de Bragança Paulista do Cremesp; membro do Conselho Consultivo do Cremesp.

Claudionor Picarelli

Especialista em Psiquiatria; membro da Câmara Técnica sobre Assédio Sexual Envolvendo Médicos; delegado da Delegacia Regional de Bragança Paulista do Cremesp.

Concília Ortona

Jornalista. Especialista em Bioética e Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo; Membro da Câmara Técnica Interdisciplinar de Bioética do Cremesp.

Marly Aparecida L. A. Mazzucato

Especialista em Medicina do Trabalho, Saúde Pública, Gestão Pública e Gestão do SUS. Oncologista Clínica. Advogada. Delegada da Delegacia Metropolitana da Vila Mariana do Cremesp.

Roberto Douglas Moreira

Especialista em Cardiologia; Medicina do Trabalho e Medicina do Tráfego; Professor da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp); Membro da Câmara Técnica Interdisciplinar de Bioética do Cremesp.

Apresentação

Se a abordagem fosse apenas profissional, a relação entre um médico e seu paciente se sustentaria apenas pelo âmbito técnico – tornando a prática mais simples, pois, desde a faculdade, sabe-se auscultar, mensurar pressão arterial e colher uma boa história clínica, baseada em informações relativas a sintomas.

Contudo, os defensores de uma medicina fundada em humanismo, como nosso Conselho, têm a consciência de quão essencial é o “subjetivo” – a empatia, no sentido bioético de “olhar com o olhar do outro”, e a benevolência, que, desde a Ética das Virtudes de Aristóteles, pode ser entendida como “desejar o bem”, além do respeito à vulnerabilidade alheia, que faz da relação médico-paciente algo tão especial e complexo.

Por isso, tenho o prazer de apresentar a obra *Relação médico-paciente – Um encontro*, produzida por nosso Centro de Bioética, que chega em momento de profunda confusão de valores, capaz de levar colegas a desmerecerem os pilares da medicina, como a necessidade do sigilo e da boa comunicação com o assistido.

Assuntos como esses foram temas de capítulos específicos do livro, ao lado de outros, por exemplo, direcionados ao cuidado com crianças, adolescentes e idosos, e à diversidade sexual; e, ainda, à existência de eventual “tempo” destinado a cada consulta. Além de orientações deontológicas tiradas de pareceres e resoluções, cada qual é finalizado por reflexões de ordem ética e bioética, e ilustrado com indicações de filmes para compreensão geral do assunto.

O livro reforça o empenho desta Casa em sempre valorizar um encontro tão delicado e presente em nossa carreira, agraciando-nos com reflexões sobre temas selecionados e que vão ao encontro de demandas da prática diária de todo profissional.

Boa leitura!

Lavínio Nilton Camarim
Presidente do Cremesp

Sumário

Introdução	13
Comunicação: elo entre o médico e o paciente	
Comunicação e informação em saúde.....	17
Comunicação de notícias difíceis.....	18
Consentimento livre e esclarecido.....	18
Em meio a dificuldades de compreensão.....	20
▶ <i>Trate todo ser humano sempre como um fim em si mesmo e nunca como um meio</i>	22
Sigilo na relação médico-paciente	
Sigilo e segredo.....	29
Sigilo na profissão médica.....	30
Quebra de sigilo por motivo justo.....	31
Solicitação de quebra de sigilo por autoridades e instituições.....	32
A Classificação Internacional de Doenças (CID) e o sigilo.....	34
Atendimento a uma mesma família.....	34
Presença de terceira pessoa durante o atendimento.....	35
Relação com a imprensa.....	35
Por quanto tempo os prontuários devem ser guardados?.....	36
▶ <i>O médico não pode ser o delator do próprio assistido</i>	37
Tempo “ideal” em consultas e exames	
Tempo mínimo para consultas.....	45
Consultas por carga horária.....	46
Retorno de consulta.....	47
O médico que não “tem tempo”.....	48
▶ <i>Há um tempo ideal para o atendimento médico?</i>	49

Responsabilidade técnica e liderança no atendimento domiciliar	
Objetivos da atenção domiciliar	57
Relação médico-paciente domiciliar	58
Profissionais envolvidos	58
Quem lidera a equipe	58
Atribuições das equipes	59
Deveres das equipes de atendimento domiciliar	59
▶ <i>O deslocamento da prática médica para o domicílio do paciente</i>	61
Atendimento não presencial	
Prescrições sem exame direto	69
Atendimento pelo telefone	70
Consulta por mídias sociais	71
Atendimento pré-hospitalar	72
Uso de telemedicina	73
Paciente informado pela internet	74
▶ <i>De que modo utilizar a tecnologia sem ferir a ética?</i>	76
Discriminação em serviço público, particular e convênio	
Cobrança de conveniado em caráter particular	81
Dupla cobrança e complemento de honorários	82
Médico transferir paciente particular ao atendimento pelo SUS	83
Paciente de convênio atendido pelo SUS	83
Divisão de tempo de atendimento entre usuários de planos de saúde e pacientes particulares	83
▶ <i>A cobrança do atendimento não deve perder o sentido do justo</i>	86
Cuidado prestado a crianças e adolescentes	
Idade do paciente pediátrico	93
Paciente sem acompanhante	94
Menor maduro	94
Direito ao sigilo e à autonomia	95
Divergências entre pais	97
Acompanhamento psiquiátrico	98
Menor infrator	100
Violência contra o menor	101
▶ <i>Construir uma prática no atendimento à criança e ao adolescente</i>	103

Assistência ao paciente idoso	
Idade do paciente idoso.....	111
Discriminação ao idoso.....	111
O médico e o direito do idoso a acompanhante.....	112
Prioridade de atendimento.....	112
Instituições de longa permanência.....	113
Idosos submetidos a maus tratos.....	114
Autonomia.....	115
▶ <i>Sou velho, mas não sou caduco</i>	118
O médico perante a diversidade sexual	
O que é diversidade sexual?.....	127
Discriminação no atendimento em saúde.....	128
Atendimento clínico e cirúrgico a transexuais.....	130
Reprodução assistida a casais homossexuais.....	130
Tratamento de fertilidade para homossexuais.....	131
Nome social.....	132
▶ <i>Dispor da sexualidade é um direito individual</i>	133
Há um médico a bordo?	
Médico chamado a atender a bordo.....	141
O dever de identificar-se.....	142
Estrutura para assistência.....	143
Frequência de emergências.....	143
Intercorrências.....	145
Cobrança de honorários.....	145
▶ <i>Como agir ao ser chamado para atender alguém em pleno voo?</i>	147
Referências	150

Introdução

Um dos livros organizados pelo Cremesp mais consultados *on-line* é o *Guia da relação médico-paciente*, publicado em 2001. Essa obra provocou o Centro de Bioética a reunir pareceres relacionados ao tema, selecionando os mais pesquisados, que serviram para a construção do livro que agora você tem nas mãos.

A sociedade é dinâmica e passamos, nas últimas décadas, por transformações profundas em todas as atividades – e não seria diferente com a medicina. O médico, antes senhor absoluto das decisões tomadas, agora se vê diante da necessidade de compartilhar essa responsabilidade com outros profissionais.

As mudanças ocorreram também do lado do paciente, hoje exigindo seu direito ao conhecimento sobre a própria saúde e o exercício de sua autonomia, participando da decisão do que, dentro do proposto, ele deseja para si.

O livro de 2001 já apontava ao paradoxo existente entre os avanços tecnológicos que permitiram uma melhora significativa na área de saúde relacionada ao diagnóstico, tratamento e prognóstico, e o afastamento da prática dos “aspectos elementares da relação humana”.

Isso nos levou a colocar como primeiro tema a ser discutido a comunicação, instrumento fundamental para a construção de um encontro saudável e eficaz que, de modos diversos, está presente nos conflitos levantados pelas solicitações dos pareceres analisados.

Parece-nos claro que pacientes mais esclarecidos quanto à própria doença e seus direitos facilitam a atuação médica, desde que o profissional também acompanhe esse processo. A tendência histórica nos leva a pensar que, no futuro, o médico terá muito mais o papel de consultor de saúde, o que, com certeza, de algum modo aliviará a responsabilidade abraçada por ele até aqui.

De 2001 para cá, observamos que houve uma deterioração dos serviços de saúde, das relações de trabalho e da formação profissional mais pronun-

ciada, o que, direta ou indiretamente, afeta o encontro entre o profissional, o paciente e os familiares.

Não pensamos em construir um livro no estilo do apresentado em 2001, nem haveria sentido para isso. Os temas aqui selecionados são compostos de duas partes: uma sobre o conteúdo retirado de pareceres, resoluções, pontos éticos pertinentes e artigos do Código de Ética Médica relacionados com o conteúdo em questão; e outra, com uma reflexão final desse conteúdo, que pode ser consultada de modo mais rápido, e que preferimos deixar como resultado de um trabalho coletivo, e não autoral, em função do modo de trabalho que o grupo desenvolveu.

Por acreditarmos que sempre haverá uma interface compartilhada do sensível entre a medicina e as artes, utilizamos, ao longo do texto, fragmentos de obras de literatura e sugestão de filmes que seriam interessantes para o enriquecimento do olhar e da sensibilidade no exercício da profissão.

Os autores



*Oitenta e cinco por cento dos processos contra médicos
não aconteceriam se tivesse ocorrido uma boa comunicação
entre médicos, pacientes e familiares*

Flávio César de Sá, professor de Ética da Faculdade
de Medicina da Unicamp

A má informação é mais desesperadora do que a não informação

Charles Colton, clérigo e escritor inglês

Comunicação: elo entre o médico e o paciente

Situações frequentes

- *Comunicação e informação em saúde*
- *Comunicação de notícias difíceis*
- *Consentimento livre e esclarecido*
- *Em meio a dificuldades de compreensão*

Comunicação e informação em saúde

Em sua raiz gramatical, os termos “comunicação” e “informação” são considerados polissêmicos, isto é, adquirem vários significados, dependendo do contexto. Entretanto, para esta reflexão, a proposta é adotar o sentido de informação enquanto mensagem e comunicação, enquanto relação e interação.

Na saúde, a comunicação é a responsável pela construção de um encontro entre o médico e o paciente, capaz de permitir a troca de informações de modo a possibilitar a melhor prática médica possível, envolvendo, ainda, questões que vão do sigilo do compartilhado à disponibilização de assuntos médicos em meios eletrônicos e escritos.

Partindo-se do princípio de que a informação e o modo como ela é passada são a base para a tomada de decisões quanto ao problema apresentado ao profissional, pretende-se abordar aqui, principalmente, questões que envolvem a relação entre o médico, o paciente, seus responsáveis e familiares,

deixando de lado, dessa vez, questões que envolvem temas não menos importantes, como as relacionadas a estruturas hospitalares, como seus serviços de atendimento ao cliente (SAC) e ouvidoria.

No contexto sanitário, tanto a informação quanto a comunicação devem ocorrer de um modo simples, conforme explica o bioeticista Paulo Fortes (2010), com caráter aproximativo, inteligível, leal e, principalmente, respeitoso às diferenças intelectuais, culturais e às particularidades emocionais apresentadas no momento do encontro – é o médico quem carrega o conhecimento das aflições e angústias que envolvem um momento de dor.

Comunicação de notícias difíceis

Entre os temas complexos (e recorrentes) envolvidos na relação médico-paciente figura a eventual responsabilidade por comunicar um diagnóstico difícil a um paciente ou o óbito a familiares e amigos do atendido.

Para orientar uma decisão sobre o assunto, pode-se usar o Parecer-Consulta nº 90.198/2010 (CREMESP, 2010b), que conclui que explicar determinado resultado de exame, informar o diagnóstico e o prognóstico, esclarecer e tirar todas as dúvidas do paciente ou de familiar são ações de competência do médico assistente, por ser dele a responsabilidade pela qualidade de atenção ao agravo do paciente.

Isso é particularmente importante em relação à informação aos familiares sobre a morte de ente querido, “exceto naqueles casos, por algum motivo particular, em que outro profissional possa desempenhar de forma mais adequada essa custosa função”.

Em uma equipe multiprofissional, não é incomum pacientes e familiares desenvolverem uma relação mais forte com algum membro que não o médico.

O parecer resultado dessa consulta reconhece ser a relação entre os profissionais e os pacientes um “dos mais importantes fatores para o adequado atendimento a pessoa que necessita atenção médica” e, dentro desse contexto, alguns atos não devem ser delegados, sejam por serem exclusivos da profissão médica, sejam pela obrigação ética do médico de assumir a qualidade da atenção prestada ao paciente.

Consentimento livre e esclarecido

Ao contrário do que acontece com as normas que norteiam as pesquisas clínicas no país, não há obrigatoriedade, na prática médica assistencial,

de se obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por médico e paciente.

Entretanto, o Parecer-Consulta nº 14.833/2009 (CREMESP, 2009a) traz que o consentimento livre e esclarecido (ou consentimento informado), sem a necessidade de termo formal assinado, é prática ética obrigatória e bem normatizada em nossos postulados éticos – artigos 22, 34 e 35 do Código de Ética Médica (CFM, 2009).

É 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. 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 dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Considerando a importância do tema, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio do Processo-consulta nº 8.805/2010 – Parecer nº 45/2010 (CFM, 2010), incentiva a prática de se obter consentimento livre e esclarecido desde a formação médica, admitindo que deve ser exercida e incentivada à plenitude nos hospitais-escola. Segundo o CFM (2010), tal consentimento “protege a autonomia e a dignidade devidas ao paciente e seu exercício pelo docente é fator indutor de cultura ética e humanista para os estudantes de medicina”.

Utilizar pacientes no ensino prático de estudantes de medicina não viola, necessariamente, princípios éticos de relacionamento entre eles, desde que os pacientes sejam devidamente informados sobre a realidade da instituição de ensino e que não sejam submetidos a riscos desnecessários, e que existam normas – e sejam cumpridas – quanto aos princípios do respeito à autonomia do paciente e da confidencialidade das informações obtidas durante essa prática pedagógica.

Nesse sentido, o artigo 110 do Código de Ética Médica (CFM, 2009) é preciso, ao vedar ao médico a prática da “medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado”.

Por sua vez, o Conselho Regional de Medicina da Bahia (Cremeb), pelo Parecer nº 44/2008, também reconhece que “a doutrina do consentimento informado reconhece a importância da autonomia [...], [fornecendo] elementos ao paciente, de modo que o mesmo possa fazer sua escolha de acordo com seus valores” (CREMEB, 2008).

Dessa forma, o médico tem o dever de informar ao paciente todos os procedimentos necessários para seu caso, incluindo seus eventuais riscos e benefícios.

Assim, pode-se concluir que se trata de um acordo realizado entre paciente e médico sobre procedimentos realizados no primeiro pelo segundo, podendo estar ou não documentado.

Em meio a dificuldades de compreensão

Existem situações que exigem discernimento e empenho do profissional para que se estabeleça uma boa relação entre o médico e determinados pacientes com dificuldades de compreensão, seja qual for o motivo.

O Parecer-Consulta nº 76.300/2014 (CREMESP, 2014c), por exemplo, abordou o atendimento a pacientes que não têm proficiência na língua portuguesa, levantando questões quanto à responsabilidade do médico por maus resultados, fruto de incompreensão da língua. As questões eram: Podemos não atender o paciente por não conseguirmos entender suas queixas? É sabido que todos têm direito ao atendimento a qualquer momento que nos procure, mas como ficará nossa responsabilidade diante da incompreensão da língua? Sendo urgência ou emergência, a conduta é de acordo com o quadro, porém teremos também que localizar um tradutor rapidamente?

O médico é responsável por seus atos, e as consequências destes, portanto, em caso de “eventuais ocorrências desfavoráveis ou sem sucesso”, deverão ser respondidas por ele legalmente. A vida humana, como bem maior do cidadão, deve ser preservada e protegida acima de quaisquer outros fundamentos e situações.

Assim sendo, quando o paciente está em risco iminente de morte ou de lesão corporal grave, o médico deve agir, independentemente do contexto, com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, recorrendo quando possível à ajuda de tradutor, principalmente naquelas situações em que a anamnese é fundamental a um diagnóstico adequado.

Não se pode esquecer que a compreensão das orientações quanto a condutas e prescrição médica é indispensável para que o resultado clínico se efetive, seja na emergência, seja no ambulatório.

Logicamente, a ausência de um tradutor constituirá obstáculo para a segurança do médico em caso de insucesso ou dano irreparável provocado no

paciente, o que poderá levá-lo a responder ética, penal, civil e funcionalmente. Ele também poderá responder por omissão, caso não atenda o paciente em situação de emergência ou urgência.

A garantia da perfeita comunicação entre o médico e o paciente ou seus responsáveis é recurso indispensável para uma prática médica adequada.

Em que pese persistir a obrigação do médico de atender com presteza profissional, mesmo em condições adversas e, principalmente, em situações de urgência e emergência, cabe ao gestor do serviço (secretário de saúde, diretor técnico) prover os recursos necessários – ou seja, disponibilizar um tradutor para o paciente.

Cabe ao médico comunicar por escrito àquela autoridade, ou a quem a represente, a ocorrência dos fatos e a necessidade do aporte do serviço de tradução, notificando os riscos a que estão sujeitos os pacientes.

Esgotada a via administrativa, em caso de desatenção ou demora no atendimento da requisição por parte dos responsáveis pelo serviço, deve o médico denunciar os fatos a seu Conselho Regional, de acordo com o capítulo “Direitos dos médicos”, incisos III, IV e V, do Código de Ética Médica (CFM, 2009).

Outro Parecer-Consulta, de nº 38.575/2014 (CREMESP, 2014b), menciona as dificuldades de compreensão de mães adolescentes quanto a assuntos referentes à consulta de seus filhos.

Para o Cremesp, o “atendimento médico de crianças, filhos de mães adolescentes, deve ser feito com cuidados redobrados de comunicação e orientação”. Tal consulta foi debatida na Câmara Técnica de Pediatria, do Cremesp, sobrevivendo as seguintes considerações:

1. É necessário que se faça o atendimento, independentemente das dificuldades de comunicação.
2. Que se considere e classifique a maior ou menor gravidade da situação clínica da criança em atendimento.
3. Que todos os detalhes do atendimento sejam minuciosamente registrados no prontuário do paciente, registros que devem incluir a percepção da médica consulente a respeito da inteligibilidade dos pais do pequeno paciente.
4. É desejável o maior envolvimento possível de familiares na assistência pediátrica; isto é recomendação importante, mas não se pode “exigir”: o envolvimento deve ser uma conquista da relação médico-paciente-família.
5. Por fim, é necessária a atenção para a possibilidade de maus tratos à criança, não só intencionais como também por negligência e, nestes casos, devem ser acionados os mecanismos previstos em lei.

Trate todo ser humano sempre como um fim em si mesmo e nunca como um meio¹

Mito de Asclépio:

Apolo apaixonou-se por uma humana de nome Corônis. Desconfiado de traição, mandou o corvo, um de seus auxiliares alados, vigiá-la. Ao receber o relato dos encontros furtivos de Corônis, o deus, furioso, resolve castigar a ave, mudando a cor de suas penas, de brancas como a neve, para a cor preta que os corvos têm até hoje. Quanto a Corônis, condenou-a a morte, mas não sem antes retirar de seu ventre um menino, Asclépio, confiando a Quíron.

A comunicação envolve a transmissão de uma mensagem, sua recepção e a possibilidade de uma resposta. Dito desse modo, tão enciclopédico, mais se parece com a troca de informação de uma base terrestre e um míssil. Logicamente, não é esse modo de comunicação que nos interessa, tal a diversidade cultural e econômica encontrada no país.

A mitologia já apontou o risco de os mensageiros de más notícias serem vistos como corvos, fruto da ira provocada pela informação recebida. Característica semelhante a essa presente na mitologia pode ser encontrada no momento de o médico abordar questões relacionadas à saúde do paciente. Diante de uma boa notícia, facilmente o médico é transformado em ave de penas brancas. O mesmo não ocorre quando a mensagem a ser transmitida é uma má notícia, principalmente diante da morte, quando forças internas de quem as recebe podem dirigir-se destrutivamente na direção do mensageiro, sendo o médico transformado, rapidamente – mesmo em situações em que tenha ocorrido uma relação acolhedora e empática – em uma ave de rapina negra.

Devemos nos lembrar de que foi no momento que Ulisses, diante

(1) Princípio da ética kantiana, para a qual as coisas que existem no mundo possuem valores relativos, enquanto as pessoas possuem um valor em si. Esse valor é absoluto, daí que as pessoas não podem ser empregadas como meios para quaisquer outros fins. As coisas que têm um preço permitem uma troca entre equivalentes, mas o ser humano está acima de qualquer preço. O ser humano é dotado de um valor intrínseco que é a dignidade.

do inimigo e pronto para matá-lo, se perguntou “E se eu fosse o outro?” que nasceu a tragédia grega. Considerando isso, o médico deve se indagar “Como seria se eu estivesse ouvindo uma má notícia, de um médico, referente a minha saúde ou a de alguém que amo?”.

Sem dúvida, esses conhecimentos milenares devem nos alertar para a necessidade de o profissional desenvolver instrumentos pessoais para ser continente e estar apto a lidar com as demandas oriundas da dor do outro, mesmo em condições adversas de trabalho.

Sabemos das dificuldades impostas por uma gestão de saúde que prioriza o paciente como meio, seja com olhar no lucro, seja no número e não na qualidade do atendimento. Entretanto, é importante assinalar que, ao perder seu olhar no humano, é o médico quem poderá adoecer, quando não, ser agredido fisicamente ou moralmente.

Logicamente, com as mudanças ocorridas na assistência médica nas últimas décadas, principalmente com a especialização e a exigência de trabalho em equipe, com vários profissionais atuando na assistência dada ao paciente – como nas unidades de terapia intensiva –, surgem novas demandas relacionadas às informações e ao modo de comunicação oferecidos aos pacientes, familiares e, algumas vezes, à imprensa.

Quando vários profissionais atuam no cuidado de alguém, dada a diversidade possível entre eles, é prudente que a comunicação seja realizada sempre pelo mesmo profissional. Na impossibilidade, torna-se importante que a equipe dialogue entre si quanto ao modo de abordar paciente e familiares.

Todos sabemos do sofrimento provocado quando as vozes são dissonantes, gerando angústias e expectativas desnecessárias, o que repercutirá, com certeza, nos próprios profissionais, através de desconfiança e pressões que poderiam ser evitadas.

O que observamos na prática é que, não havendo uma boa comunicação entre os membros de uma equipe, maior será a possibilidade da existência de conflitos com paciente e familiares, consequência do modo como a informação foi passada.

A comunicação da morte de um ente querido exige preparo do profissional para tal fim, mas sabemos que há ainda muito silêncio sobre o assunto na formação médica. O que observamos frequentemente é o chefe de equipe passar a responsabilidade para os residentes e estes para os internos. Quando não, é o psicólogo, o assistente social, ou mesmo recepcionista quem comunica aos familiares o falecimento.



Não há como justificar tal comportamento: é do médico tal responsabilidade, e não de profissionais em formação ou estudantes de medicina, muito menos, de pessoas não envolvidas diretamente no tratamento. Conflitos serão evitados ou atenuados se o médico está realmente comprometido com o cuidado prestado.

Filmes relacionados

Um golpe do destino (The doctor)²

Direção: Randa Haines

Ano: 1991

Gênero: Drama

Nacionalidade: EUA

Sinopse: Jack McKee (William Hurt) é um médico bem-sucedido, até o momento em que é diagnosticado com câncer de garganta e passa a ver a doença sob a ótica dos pacientes.

O corvo

Direção: Roger Corman

Ano: 1963

Gênero: Comédia de humor negro

Nacionalidade: EUA

Sinopse: Livre adaptação do poema de Edgar Allan Poe, "O corvo".

(2) Informações disponíveis em: <<https://goo.gl/bsLfSS>>. Acesso em: 3 abr. 2017.

Leitura complementar

O corvo*

Edgar Allan Poe

*“Seja isso a nossa despedida!? – Ergo-me e grito, alma incendiada.
Volta de novo à tempestade, aos negros antros infernais!
Nem leve pluma de ti reste aqui, que tal mentira ateste!
Deixe-me só neste ermo agreste! Alça teu voo dessa porta!
Retira a garra que me corta o peito e vai-te dessa porta!”
E o Corvo disse: “Nunca mais!”
E lá ficou! Hirto, sombrio, ainda hoje o vejo, horas a fio,
Sobre o alvo busto de Minerva, inerte, sempre em meus umbrais.
No seu olhar medonho e enorme o anjo do mal, em sonhos, dorme,
E a luz da lâmpada, disforme, atira ao chão a sua sombra.
Nela, que ondula sobre a alfombra, está minha alma; e, presa à sombra,
Não há de erguer-se, ai! Nunca mais!*

(*) “O corvo” (em inglês, “*The raven*”) é um poema do escritor e poeta norte-americano Edgar Allan Poe. Foi publicado pela primeira vez em 29 de janeiro de 1845, no *New York Evening Mirror*.



É prudente não procurar saber segredos, e é honesto não os revelar.
Benjamin Franklin, jornalista, político e inventor norte-americano

*Como podemos pretender que os outros guardem os nossos segredos,
se nós próprios os não conseguimos guardar?*
François La Rochefoucauld, escritor francês

Se não queres que ninguém saiba, não o faças.
Provérbio chinês

Sigilo na relação médico-paciente

Situações frequentes

- *Sigilo e segredo*
- *Sigilo na profissão médica*
- *Quebra de sigilo por motivo justo*
- *Solicitação de quebra de sigilo por autoridades e instituições*
- *A Classificação Internacional de Doenças (CID) e o sigilo*
- *Atendimento a uma mesma família*
- *Presença de terceira pessoa durante o atendimento*
- *Relação com a imprensa*
- *Por quanto tempo os prontuários devem ser guardados?*

Sigilo e segredo

Segundo o capítulo sobre confidencialidade da obra *Iniciação à Bioética* (FRANCISCONI; GOLDIM, 1998, p. 270), “muitos autores e códigos utilizam indistintamente os termos sigilo e segredo”. Para os autores, os segredos dizem respeito à intimidade da pessoa, e, portanto, devem ser mantidos e preservados adequadamente; o sigilo, por outro lado, caracteriza muito mais os aspectos de “ocultação” do que de “preservação”. Para melhor entendimento: alguém mantém o sigilo sobre um segredo, isto é, o substantivo masculino “sigilo” designa uma atitude, enquanto o substantivo masculino “segredo” corresponde àquilo que a ninguém deve ser revelado, o que é secreto.

“A omissão de informações é uma situação que permite verificar a diferença entre segredo e sigilo”, de acordo com Francisconi e Goldim (1998, p.

270). Não é raro familiares solicitarem aos médicos que omitam informações dos pacientes ou até mintam para eles, principalmente na situação de diagnóstico de doenças malignas. Nesse caso, o médico estará mantendo uma informação em sigilo, quando deveria comunicá-la a quem é de direito.

Os pacientes também pedem aos médicos que omitam notícias ou mintam para sua família, pelos mais diferentes motivos: “A primeira circunstância, omitir informações a pedido do paciente, pode ser encarada como um claro exercício de sua autonomia, preservando sua intimidade e segredos”.

Sigilo na profissão médica

Entre médicos o sigilo figura como um dos principais pilares para o estabelecimento de uma relação médico-paciente baseada na ética, empatia e confiança.

“No momento em que compartilha um segredo com o médico – seja aquele identificado por exames clínicos e complementares, seja ao comentar particularidades – o paciente crê no acordo inicial tácito de que o profissional não abrirá mão de sua responsabilidade do sigilo”, traz artigo publicado no *Jornal do Cremesp* (QUEBRA..., 2012, p. 16).

O conceito de sigilo está tão arraigado na profissão médica, que consta do próprio Juramento de Hipócrates,¹ quando afirma “àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto”.

No Código de Ética Médica (CFM, 2009) estão previstas várias situações vinculadas ao tema, em artigos que vedam:

Art. 73. 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.

Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de

(1) *Juramento de Hipócrates*. Disponível em: <<https://goo.gl/GJrIF>>. Acesso em: 28 mar. 2017.

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.

Art. 75. 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.

Art. 76. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito. (nova redação dada pela Resolução CFM nº 1997/2012)

Art. 78. Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Art. 79. Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

Quebra de sigilo por motivo justo

Nos artigos do Código de Ética Médica, há poucas exceções referentes à quebra do sigilo, mas todas capazes de fundamentá-la por motivo justo, dever legal (por exemplo, notificação compulsória de doenças sexualmente transmissíveis, em Saúde Pública) ou consentimento, por escrito, de paciente em pleno exercício de sua autonomia.

O Cremesp já se manifestou sobre esse tema:

Ainda que se identifiquem boas razões para a quebra do sigilo, o ato não deixa de ser uma violação ao preestabelecido com o atendido [...] Para tentar chegar à atitude mais justa, o médico precisa ponderar sobre o dano causado pela inviolabilidade do sigilo e o causado pela violação. (QUEBRA..., 2012, p. 16)

Nesse sentido, vale lembrar a circunstância que ensejou o Parecer-Consulta nº 158.626/2012 (CREMESP, 2013b), no qual um psiquiatra pergunta sobre a possibilidade de avisar ao Ministério Público sobre o caso de um paciente diagnosticado com esquizofrenia, com suspeita quanto à ocorrência

de abuso sexual por parte de seu pai, desde a adolescência. Afirmou-se ainda que, apesar de o paciente ser maior de idade e de não estar interdito civilmente, ele teria pouca capacidade crítica para avaliar o dano sofrido.

De acordo com tal parecer, trata-se de situação em que claramente está estabelecido um conflito de interesses: de um lado, o direito ao sigilo médico; de outro, o direito à dignidade da pessoa humana, à integridade física e à própria vida. O estabelecido pelo parecer foi:

No presente caso deve prevalecer o direito à vida e à dignidade da pessoa humana, tanto que a lei penal obriga o médico a comunicar crime de ação pública que independa de representação [...] a comunicação da suspeita de um crime, para possível investigação pela autoridade policial ou pelo Ministério Público, configura uma obrigação do médico, existindo justa causa para revelação de fato que teve conhecimento em decorrência do exercício de sua profissão.

Pode não ser assim: o que é “motivo justo” para a revelação de um segredo, visto pela ótica do médico, poderá ter outro entendimento, se avaliado pelo próprio paciente, o verdadeiro “dono do segredo”.

Por fim, o texto publicado no *Jornal do Cremesp* (QUEBRA..., 2012, p. 16) lembra que o universo da justa causa é tão amplo que pode existir até nos fatos mais triviais de quem exerce alguma atividade em saúde. A totalidade, no entanto, mereceria ser avaliada segundo o Código de Ética Médica, e com base nos critérios de prudência e na análise caso a caso, “visto que cada paciente é único, com seus hábitos, cultura, história, origem, religião e visão de mundo”.

Solicitação de quebra de sigilo por autoridades e instituições

Delegados de polícia podem obrigar médicos e hospitais a entregarem documentos para análise de situações específicas?

De acordo com a Nota Técnica nº 1/2014 do Departamento Jurídico do Cremesp (CREMESP, 2014d), a discussão envolvendo a remessa de cópia ou até mesmo dos originais de prontuários e documentos protegidos pelo sigilo profissional é bastante antiga e frequentemente questionada, em razão das alterações legislativas e interpretações acerca do direito conferido às autoridades de violarem essa proteção, sempre em nome do interesse público.

Depois de ponderações que incluíram conceitos sobre motivo justo e dever legal, entre outros, além de jurisprudência e aplicabilidade da Lei 12.830/2013 (BRASIL, 2013b) (que dispõe sobre a investigação criminal conduzida pelo delegado de polícia), a norma técnica baseou seu entendimento no artigo 4º da Resolução nº 1.605/2000 (CFM, 2000b), que dispõe:

Se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento.

Em resumo, a “Lei nº 12.830/13 não conferiu aos delegados de polícia [...] poderes suficientes a requisitarem documentos protegidos pelo sigilo médico e pelo direito à intimidade, cabendo à Lei regulamentar tais quebras” (CREMESP, 2014d).

Outras circunstâncias são frequentes, como planos de saúde requisitarem prontuário de paciente internado para verificar existência de fatos revelados durante o atendimento capazes de inviabilizar a cobertura contratual. Há pareceres-consulta que citam casos de convênios que promovem cobertura apenas após o envio de prontuários, relatórios médicos e cirúrgicos.

De acordo com o Cremesp, essas solicitações não podem ser acatadas pelas instituições de saúde, que são fiéis depositárias de documentos: só o paciente pode autorizar o envio de seu prontuário. Caso atenda a tal exigência, a instituição estará violando o sigilo, mesmo porque o documento, no convênio, poderá passar por mãos de pessoas não comprometidas com a ética profissional.

Só é permitido e correto disponibilizar prontuários e relatórios para análise/auditoria *in loco*, visto que médicos auditores também têm compromisso ético com o sigilo. A auditoria no local está prevista na Resolução nº 1.614/2001 (CFM, 2001).

No campo do sigilo quanto à intimidade do paciente, vale mencionar a atitude de escolas que exigem relatórios, receitas médicas e relação de medicações prescritas no ato da matrícula.

Não existe base legal para tal exigência, constituindo discriminação a ameaça de a matrícula não ser concretizada na falta da informação solicitada, conforme consta no Estatuto da Criança e do Adolescente, devendo, quando ocorrer, ser comunicada aos órgãos competentes (Conselho Tutelar, Ministério Público, entre outros).

A Classificação Internacional de Doenças (CID) e o sigilo

A CID foi criada para padronizar e catalogar as doenças, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Segundo o livro *Atestado médico: prática e ética* (CREMESP, 2013a, p. 53), “a divulgação do diagnóstico, codificado ou não, leva à quebra de sigilo, pois o acesso à CID-10 é fácil e disponível a qualquer um que saiba utilizar razoavelmente a internet”.

Por suscitar tantos dilemas de natureza ética, a colocação da CID foi alvo de algumas resoluções e pareceres do Cremesp e do CFM. Em comum, todas essas normas indicam que a eventual divulgação da CID em benefício (e por interesse) do próprio paciente deve acontecer mediante sua inequívoca autorização.

Ainda que o paciente solicite a divulgação da CID em um documento médico, o profissional tem a obrigação ética de avisá-lo sobre os riscos de uso indevido.

Atendimento a uma mesma família

Considerando-se a obrigação do sigilo, é ético que o médico de determinada especialidade se responsabilize pelo tratamento paralelo a membros da mesma família?

Esse tipo de situação (curiosa mas não infrequente) foi foco da Consulta nº 12.465/2016 (CREMESP, 2016).

O consulente relata ao Cremesp que seu filho é portador de bipolaridade e que faz tratamento com um psiquiatra, expõe que sofre de depressão (começando tratamento com o mesmo profissional que presta atendimento a seu filho) e relata que foi alertado de que o médico não poderia tratar os dois, por uma questão ética.

Conforme o Cremesp, trata-se de uma opção do médico assumir o tratamento, concomitante ou não, de pessoas da mesma família, no melhor interesse da saúde de cada um dos pacientes, baseado em suas respectivas características e aspectos clínicos, sempre guardando o sigilo ético-profissional de cada um desses atendimentos e respeitando a totalidade dos outros artigos do Código de Ética Médica (CFM, 2009).

Presença de terceira pessoa durante o atendimento

É eticamente proibida a presença de uma terceira pessoa, como assistente ou secretária do médico, durante consultas ou exames clínicos?

Conforme o Parecer-Consulta nº 6/2014 (CREMEGO, 2014), não há infração ética quanto à presença de terceira pessoa profissionalmente vinculada ao médico em uma consulta, quer seja na anamnese ou exame físico, desde que o paciente seja esclarecido dessa necessidade e dê sua aquiescência para que a outra pessoa permaneça em fases e momentos das consultas às quais considere pertinente. Vale lembrar que os demais profissionais envolvidos na estrutura de um atendimento médico também estão comprometidos com o sigilo.

A Recomendação nº 1/1988 (CREMESP, 1988) indica aos médicos explicarem às pacientes (previamente e de forma detalhada, levando-se em conta a particularidade de cada situação) os procedimentos que serão realizados durante o exame ginecológico, e que preferencialmente contem com a presença de auxiliar de enfermagem ou pessoa acompanhante durante o procedimento (CREMESP, 2011e; CRMMS, 2015).

Relação com a imprensa

Em seu eventual relacionamento com a imprensa com vistas ao esclarecimento da opinião pública, em qualquer mídia, o médico deve adotar cuidados essenciais contidos na Resolução nº 1.974/2011 (CFM, 2011), que estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes a essa matéria.

Entre outros pontos, é proibido ao profissional:

- *“expor a figura de seu paciente como forma de divulgar técnica, método ou resultado de tratamento, ainda que com autorização expressa do mesmo”;*
- *“apresentar nome, imagem e/ou voz de pessoa leiga em medicina, cujas características sejam facilmente reconhecidas pelo público em razão de sua celebridade, afirmando ou sugerindo que ela utiliza os serviços do médico ou do estabelecimento de saúde ou recomendando seu uso”;*
- *“apresentar imagens de pacientes do tipo ‘antes’ e ‘depois’ de procedimentos”.*

Segundo matéria do *Jornal do Cremesp*, “nos trabalhos e eventos científicos em que a exposição de figura de paciente for imprescindível, o médico deverá obter prévia autorização expressa do mesmo ou de seu representante legal” (PUBLICIDADE..., 2004).

Por quanto tempo os prontuários devem ser guardados?

Conforme dispõe a Resolução 1.821/2007 (CFM, 2007), o prontuário deve ser guardado por um tempo de vinte anos a partir da data do último registro de atendimento do paciente, e, após decorrido esse prazo, pode ser substituído por métodos de registro capazes de assegurar a restauração plena das informações ali contidas.

Pode ser incinerado o prontuário que estiver sob a guarda de profissional falecido ou de instituição de saúde que encerrou suas atividades. Não se deve obrigar os herdeiros do falecido ou responsáveis pela instituição a manterem os arquivos dos pacientes, o que poderia caracterizar violação do direito/dever de sigilo quanto às informações ali existentes.

Apesar de não estabelecido em lei – portanto, sem o peso da obrigatoriedade à luz da Constituição –, nos parece ética a proposta contida na Resolução nº 41/1992 (CRM-PR, 1992), que estabelece, entre outros pontos, que

o responsável pelo arquivo ou fichário médico, quando desativado sob qualquer motivo, poderá destruir as fichas ou prontuários, preferencialmente por incineração, obedecidos os seguintes critérios:

a) publicar em jornal de grande circulação local, no mínimo em duas ocasiões, intervaladas por prazo não inferior a 10 (dez) dias, nota esclarecendo o motivo da desativação do arquivo, colocando à disposição dos clientes interessados as fichas ou prontuários; [...] c) esses documentos médicos somente serão entregues ao cliente ou responsável legalmente habilitado, mediante identificação contra recibo.

O médico não pode ser o delator do próprio assistido

O médico, estando em uma condição fiduciária intrínseca, deve sempre preservar as confidências e segredos de seus pacientes, a menos que fique liberado dessa obrigação por algum motivo de natureza impositiva superior; como por exemplo uma compulsão legal expressa ou a realização de um dever social maior ou, mais ainda, um dever moral imperativo...

Lord Justice Riddel, juiz inglês²

Não é difícil apontarmos que o encontro entre o médico e o paciente é marcado por um contrato histórico de respeito ao que for compartilhado em consulta. Essa garantia se impõe pela necessidade de o paciente sentir-se seguro quanto a repassar todas as informações necessárias a um correto diagnóstico e uma boa prática terapêutica. Portanto, trata-se de uma necessidade intrínseca à profissão, e não de uma questão de postura deste ou daquele profissional, desta ou daquela especialidade, devendo ter garantia ética e legal.

Em nosso entender, a necessidade de privacidade antecede o direito a ela, o que justifica não apenas o cuidado ao legislar-se sobre a questão, principalmente quanto às possíveis exceções à regra, mas também quanto à reflexão do profissional quando solicitado a violá-la e a possíveis repercussões de seu ato no âmbito pessoal ou social.

O problema ultrapassa fronteiras e foi referendado pela ONU, em 1948, na Declaração dos Direitos do Homem (UNESCO, 1998), cabendo a cada país refletir e definir ética e legalmente quando da existência de justa causa para que ocorra a revelação do segredo médico.

É importante frisar que tal obrigatoriedade deve ser praticada em sua plenitude, devendo o médico respeitá-la em sua totalidade, sendo práticas inaceitáveis a revelação, mesmo de particularidades ou peculiaridades, fora do âmbito em que ocorreu o encontro, sem a prévia autorização do paciente, incluindo-se, aqui, apresentação em congresso médico, ou por justa causa.

Uma questão que se torna cada vez mais presente na prática diária é o acompanhamento multidisciplinar do doente, o que implica a necessidade do respeito ao sigilo por parte de todos os envolvidos no aten-

(2) Disponível em: <<https://goo.gl/9qi900>>. Acesso em: 3 abr. 2017.

dimento e do esclarecimento prévio do paciente, cabendo a ele definir, inclusive, aquilo do compartilhado em regime reservado com o médico que poderá ser de conhecimento dos outros membros da equipe.

Algumas questões relacionadas ao sigilo são motivo recorrente de consulta ao CFM, como a requisição, por delegados de polícia, de documentos protegidos pelo segredo médico como elemento de investigação criminal, provocada pela interpretação da Lei Federal no 12.830/2013 (BRASIL, 2013b) que estabelece que “durante a investigação criminal, cabe ao delegado de polícia a requisição de perícia, informações, documentos e dados que interessem à apuração dos fatos”, o que levanta o problema da solicitação e entrega do prontuário médico.

Logicamente, se a razão da solicitação é de interesse do paciente, o profissional pode contatá-lo para que autorize ou leve pessoalmente o prontuário ao solicitante, o que resolveria a questão. O problema surge quando esse interesse não existe. Nessa situação, o Código de Ética Médica (CFM, 2009), no artigo 73, dispõe 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”, permanecendo essa proibição

a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha (nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento); c) na investigação suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Tal previsão ética é respaldada pela Constituição Federal (BRASIL, 1988) que, em seu artigo 5º, inciso X, que determina que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”, e deve ser estendida a todas as situações como solicitação de informações de seguradoras e mesmo judiciais, devendo o profissional, quando tal ocorrer, declarar seu impedimento, como consta no artigo 73 do Código de Ética Médica.

O Código Penal (BRASIL, 1940), em seu artigo 154, imputa como crime “revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem”, assim como, em seu

artigo 207, afirma que “são proibidas de depor as pessoas que, em razão de função, ministério, ofício ou profissão devam guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar o seu testemunho”. Não bastasse, o Código Civil (BRASIL, 2002a), em seu artigo 229, inciso I, dispõe que “ninguém pode ser obrigado a depor sobre fato: I. a cujo respeito, por estado de profissão, deva guardar segredo”.

Portanto, caso rompa com o sigilo, sem consentimento do paciente, o profissional estará sujeito a responder a processo civil e criminal por eventuais danos causados a ele, inclusive de ordem moral – exceto em situações de justa causa, dever legal ou consentimento escrito do paciente, como já dito, com clara ausência de possível dano a terceiros.

Logicamente, o dever legal decorre de obrigação explícita em texto de lei – doenças de notificação compulsória ou quando descrita no artigo 66 da Lei das Contravenções Penais (BRASIL, 1941). Quando não expressamente indicado em lei, decorre do cumprimento de uma ordem judicial definitiva ou irrecorrível no momento. O artigo 14 do Código de Processo Civil (BRASIL, 2015) estabelece a obrigação quanto ao cumprimento das decisões judiciais, sem que haja qualquer embaraço, sob pena de se caracterizar “ato atentatório ao exercício da jurisdição”.

Logo, o médico compelido à quebra do sigilo judicialmente deve fazê-lo, nos limites da ordem concedida, e sempre fazendo constar que se trata de documento protegido pelo segredo; se a decisão comportar recurso, deve-se recorrer, sempre esclarecendo que o juiz poderá resolver o problema recorrendo a um perito médico.

Enfim, a reflexão quanto à decisão de “motivo justo” deverá basear-se sempre no direito à intimidade do paciente e na proteção ao segredo profissional, o que deverá ser prerrogativa do médico.³

Quanto ao direito à privacidade, nas situações em que se torna aconselhável um acompanhante durante a consulta, isto deverá ocorrer com o esclarecimento e consentimento do paciente, sendo direito dele a decisão de ter alguém de sua confiança durante a assistência.

É importante chamarmos atenção quanto à CID, estabelecida

(3) Para mais informações sobre jurisprudência, sugerimos leitura da Nota Técnica nº 1/2014 (CREMESP, 2014d), referente à Lei nº 12.830/2013 – remessa de prontuários para delegados de polícia.



pela OMS, que, por sua característica de universalidade de uso, estará rompendo com o sigilo ao ser colocada em atestados médicos, devendo ali constar apenas com a autorização expressa do paciente. No caso de informações de pessoas falecidas, valem as mesmas regras quanto ao sigilo.⁴

Filmes relacionados

Faces da verdade

Direção: Rod Lurie

Ano: 2008

Gênero: Drama

Nacionalidade: EUA

Sinopse: A repórter Rachel Armstrong (Kate Beckinsale) publica reportagem a qual revela a identidade de um agente secreto da CIA. O governo determina que o profissional revele sua fonte.

A tortura do silêncio

Direção: Alfred Hitchcock

Ano: 1953

Gênero: Drama, suspense

Nacionalidade: EUA, Canadá

Sinopse: Após assassinar uma pessoa, Otto Kellar (O. E. Hasse) confessa ao padre Michael Logan seu crime.

Tempo depois, a polícia passa a suspeitar que foi o padre quem cometeu o assassinato. Sua defesa seria revelar o segredo do confessorário.

(4) Para mais informações sobre jurisprudência, sugerimos leitura da Nota Técnica nº 2/2012 (CFM, 2012a), referente ao Acesso ao Prontuário Médico pelos Parentes do Falecido.

Filadélfia

Direção: Jonathan Demme

Ano: 1994

Gênero: Drama

Origem: EUA

Sinopse: O advogado Andrew Beckett (Tom Hanks) é despedido de um conceituado escritório de advocacia após ter o sigilo sobre sua doença quebrado. Para defender-se, contrata os serviços de outro advogado, Joe Miller (Denzel Washington).

Leitura complementar

Brejo das almas

Carlos Drummond de Andrade

*A poesia é incomunicável.
Fique quieto no seu canto.
Não ame.*

*Ouçõ dizer que há tiroteio
Ao alcance de nosso corpo.
É a revolução? O amor?
Não diga nada.
Tudo é possível, só eu impossível.
O mar transborda de peixes.
Há homens que andam no mar
Como se andassem na rua.
Não conte.
Suponha que um anjo de fogo
Varresse a face da terra
E os homens sacrificados
Pedissem perdão.
Não peça.*



*Cada vez mais desesperadamente o homem procura dilatar
o tempo que já não tem.*

Khalil Gibran, ensaísta, filósofo e poeta libanês

*O tempo é o único capital das pessoas que têm como fortuna
apenas a sua inteligência.*

Honoré de Balzac, escritor francês

Tempo "ideal" em consultas e exames

Situações frequentes

- *Tempo mínimo para consultas*
- *Consultas por carga horária*
- *Retorno de consulta*
- *O médico que não "tem tempo"*

Tempo mínimo para consultas

Não há como pré-determinar um período específico para cada consulta. Pelo menos é como analisam as entidades médicas brasileiras. Pareceres do CFM (cf. CRM-PA, 2012) deixam claro que “nenhum órgão ou instituição tem competência para determinar o período de avaliação médica ou estabelecer o número de atendimentos para qualquer carga horária ou atividade médica” (CFM, 2012b).

Recomendam ainda que as instituições hospitalares levem ao conhecimento de seus corpos clínicos, “em consonância com as respectivas comissões de ética”, a valorização da humanização do atendimento médico, “não impondo a cronometragem como critério de eficiência da atenção ao paciente” (CREMERJ, 1991).

Tal ponto de vista concorda com o Código de Ética Médica (CFM, 2009) que, em seus princípios fundamentais, destaca que o médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar a sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

Parecer do Conselho Regional do Pará (CRM-PA) opina que em se subordinando a um tempo predeterminado de consulta, o médico renuncia à possibilidade “de investigar amplamente a condição do indivíduo a si submetido, bem como, de abarcar devidamente e segundo sua exclusiva consciência, a doença naquele organismo” (CRM-PA, 2012).

Consultas por carga horária

O Processo-Consulta nº 3.236/1989 do CFM, ainda válido, já trazia dúvidas sobre a quantidade de consultas a serem realizadas em ambulatório, por profissionais de variadas especialidades, em carga horária pré-definida – no caso, de quatro horas.

Segundo o conselheiro relator, é sabido que o exercício da Medicina tem se modificado em razão das várias modalidades de relacionamentos médico/paciente. Como já dito, “não deve ser da competência de nenhum órgão ou entidade a determinação do número de atendimentos médicos para qualquer carga horária em qualquer especialidade” (CFM, 1989).

Limitações temporais, via de regra, aleatoriamente impostas, atentam

contra a boa prática médica, ignoram a impossibilidade de se planificar, apraziar e modelar o atendimento médico e, com frequência, tornam-se absurdas, relegando fatores determinantes do tempo mínimo ideal para assistência do paciente, tais como as peculiaridades e destinação de cada serviço, e as condições e necessidades do assistido.

Por esse ponto de vista, o tempo de que necessita o médico com seu paciente não pode ser cronometrado. Caso tal assertiva fosse negada, “logo estaríamos aferindo o tempo para todos os procedimentos médicos, atos cirúrgicos, transfusões, diálises, etc”.

Como conclusão, a ideia é de que

as direções hospitalares [...] procurem estabelecer os parâmetros questionados, junto ao seu corpo clínico e em consonância com as respectivas comissões de ética, decidindo em seu íntimo como prioritário, a humanização do atendimento médico, não impondo a cronometragem como critério de eficiência da atenção ao paciente.

Retorno de consulta

O retorno dos pacientes corresponde a um dos assuntos que enseja mais consultas ao CFM, por parte de pacientes ou de familiares inconformados com uma “nova cobrança de consulta”.

Conforme o Parecer nº 5/1992 (CFM, 1992), não existe prazo formal de validade de consulta médica, mas devem ser considerados os preceitos éticos e morais da relação com o paciente.

São muitas as variáveis que envolvem o encontro entre o médico e o paciente, tais como o tipo de doença, sua evolução e resposta terapêutica, assim como a condição socioeconômica do doente, sendo de foro íntimo do médico, em comum acordo com o interessado, o modo como ocorrerão os próximos encontros, se sob pagamento ou não – sempre levando em conta que o profissional não deve, diante da vulnerabilidade do paciente, tomar essa decisão em proveito próprio.

O médico deve ser claro ao dizer, por exemplo, se deseja ver o paciente em sete dias (e isso não será considerado como uma nova consulta) ou se precisa revê-lo em 45-60 dias para uma nova consulta. É prudente que anote o explicitado na ficha clínica, dando ciência aos interessados e deixando clara a situação.

O Parecer nº 101.081/2011 (CREMESP, 2011b) aborda outra dimensão relativa à periodicidade das consultas. No caso, a dúvida que ensejou tal parecer referiu-se ao fato de convênio médico solicitar que consultas com pacientes em acompanhamento contínuo fossem agendadas a cada quatro meses.

Na opinião do parecerista, determinar a periodicidade das consultas de maneira aleatória é “medida autoritária, sem embasamento ou fundamento técnico, científico ou ético” (CREMESP, 2011b). Boa parte de distorções como essa vem da terceirização do atendimento médico, que causa “diversos conflitos que interferem diretamente na relação médico-paciente”. Esses conflitos são numerosos e com forte influência econômica, ética, social e política.

O grande desafio dos profissionais que atuam na área da saúde é manter uma prática cientificamente lastreada e com respeito aos postulados éticos da profissão. “Nessa linha de raciocínio, o médico tem o direito de marcar retornos ou reavaliar seus pacientes, lastreado em sua experiência, característica de cada paciente com sua particular enfermidade, respeitando a legislação vigente”.

O médico que não “tem tempo”

A quantidade – sempre restrita – de tempo disponível a cada paciente pode ser usada como justificativa para eventual falta de qualidade no atendimento?

Além do aspecto técnico, torna-se imprescindível incluir nesta reflexão os pontos de vista bioéticos e éticos, em um contexto que envolve disponibilidade, dedicação e, principalmente, confiança.

Deixar de oferecer o necessário caso a caso – entenda-se, aquilo que fará dirimir ou resolver as dores físicas e psíquicas daquela pessoa a sua frente –, no mínimo, ferirá as duas principais virtudes aristotélicas: a benevolência (desejar o bem), no universo da ética médica; e a beneficência (fazer o bem), da ética deontológica (PELLEGRINO; THOMASMA, 1995).

Como encontrar uma fórmula para realizar consultas embasadas na ética e rápidas o suficiente para atender à demanda, à técnica e aos preceitos da profissão é o desafio na carreira médica, no mundo todo: apenas para ter uma ideia, uma pesquisa promovida na Holanda (GROL; MOKKINK; SMITS et al., 1985) identificou que médicos que expressaram falta de tempo em suas práticas fizeram mais prescrições de remédios do que os que consideravam ter tempo suficiente.

Um artigo publicado no JAMA – Journal of American Medical Association (MAWARDI, 1979), que avaliou a satisfação, insatisfação e causas de estresse na prática médica, concluiu que a principal fonte de insatisfação profissional é “a pressão pelo tempo”. Especificamente citaram-se responsabilidades contínuas em plantão, excesso de carga de trabalho e pouquíssimas horas livres para família e lazer.

Há um tempo ideal para o atendimento médico?

*O tempo perguntou para o tempo quanto tempo o tempo tem,
o tempo respondeu para o tempo que o tempo tem tanto tempo
quanto o tempo tem.*

O tempo físico, o determinado por instrumentos de precisão, será suficiente para nortear algo tão complexo como uma consulta médica? Seria possível ignorarmos o tempo psicológico experimentado pelo paciente durante a doença, dependente da intensidade emocional, e que definirá o tempo físico necessário para o médico realizar um diagnóstico mais preciso? A resposta a essas duas perguntas só poderá ser “não”.

E não se trata aqui de revivermos o dilema smithiano que “consiste na inexorável vinculação estabelecida por Adam Smith entre eficiência produtiva e desumanização das atividades de trabalho” (MORAES NETO, 2009) relacionadas ao incremento da divisão de trabalho para incremento da riqueza material.

Na prática médica, a riqueza maior estará em alcançar o restabelecimento de saúde da pessoa ou, quando isso não for possível, aliviar sua dor do modo mais adequado. Arelados a isso estão o acolhimento, a atenção e a compaixão. Não devemos tratar o fazer médico como uma linha de montagem, levando-se ao limite as possibilidades de aumento da produtividade.

Logicamente, não há como ser indiferente a uma questão ética importante que é o princípio de justiça. Nas últimas décadas, a Medicina avançou em muito as possibilidades de diagnóstico e tratamento, abrindo uma pressão social crescente na direção da universalização da assistência à saúde, o que exige uma gestão focada na racionalização de custos e eficiência no atendimento.

Entretanto, o que temos observado é uma tendência do Estado de não assumir integralmente a gestão da assistência médica, abrindo, e até incentivando, a transferência dessa responsabilidade ao setor privado que, como tal, tem como fim o aumento da própria riqueza.

Tanto na gestão pública quanto na privada os administradores atuam tentando diminuir a pressão da demanda reprimida, exigindo um maior número de atendimentos por hora. Seja pela pressão

de uma demanda historicamente reprimida, seja pela falta de investimento e gestão, seja pelo olhar no lucro, toda a responsabilidade do fluxo está sendo colocada nas mãos dos médicos que, paradoxalmente, veem seu trabalho cada vez mais desvalorizado e desmerecido.

Há aumento de tensão nas portas de atendimento, tanto do sistema público quanto privado, gerador de conflitos que, em alguns casos, chegam à agressão física e verbal, quando este deveria ser o local para as práticas de acolhimento e desenvolvimento de empatia, que possibilitaria não apenas um tratamento mais eficaz, mas também uma diminuição de retornos e solicitação de exames desnecessários.

Deixando-se de lado questões de ordem política, do exercício de um populismo irresponsável, e da visão privada de um lucro imediato e a qualquer preço, não há como determinar o tempo de uma consulta médica. Cada uma terá especificidades e particularidades próprias, com demandas e tensões específicas para cada especialidade.

Trabalhando em condições inadequadas e sob pressão, o médico, além de ter sua saúde em risco, poderá, por uma anamnese ou exames sumários, incorrer em erro de diagnóstico e de tratamento, podendo ser acionado eticamente e judicialmente. Os profissionais não podem se iludir com a ideia de que solicitar exames subsidiários, sem um raciocínio clínico adequado, possa tapar esse buraco provocado por uma gestão ineficiente da saúde – isso seria um grande equívoco.

Nunca é demais frisar que o artigo 4º do Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990b) menciona a Política Nacional de Relações de Consumo, que tem entre os objetivos o atendimento das necessidades dos consumidores, em respeito a sua dignidade, saúde e segurança, reconhecendo a vulnerabilidade desse ator nas relações de consumo.

Quanto à “validade” de uma consulta e retornos possíveis, não há nenhuma normatização legal ou ética referente ao assunto. Há quem defenda que o relacionado ao atendimento e ao esclarecimento do diagnóstico, ocorrido no momento da consulta, como verificação do resultado de exames ou da terapêutica, deva ser considerado retorno – mas não há nada que exija que isso seja obrigatório.

Existem casos em que o paciente em um encontro considerado como retorno pelo profissional traga uma nova queixa que demande reavaliação e diagnóstico não relacionados com a primeira consulta, ou mesmo uma intercorrência, fruto do tratamento instituído, o que

poderá ser considerado, a critério pessoal, uma nova consulta, compartilhando a decisão com o interessado.

Entretanto, é bom lembrar que o médico não pode “exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos”, como reza o Código de Ética Médica (CFM, 2009).

Questões humanas que norteiam o encontro entre paciente e médico devem estar acima de qualquer normatização técnica. Logicamente, nas doenças crônicas, quando há necessidade periódica de reavaliações, cada consulta poderá ser cobrada, devendo sempre ser discutida a questão com o paciente, sendo que estas podem ser mensais, semanais ou com qualquer intervalo, mas sempre em benefício dele.

Do mesmo modo, entendemos que o profissional não deva restringir retornos necessários em função de ordem administrativa ou reembolso – nossa prática deve estar centrada no paciente, através do aprimoramento da capacidade de comunicação e no desenvolvimento de uma relação empática, independentemente do tempo necessário para que isso ocorra.

Mudar práticas inadequadas envolve tomada de posição. Cada um de nós é responsável pelo que está ocorrendo, o que nos obriga a insistir junto às instituições, assim como esclarecer os pacientes, quanto à necessidade da valorização da humanização na consulta – e romper com a cronometragem com critério de eficiência é uma delas.

Nesse sentido, os diretores técnicos têm papel fundamental ao recomendarem e trabalharem no sentido de se fazer respeitar os artigos 19 e 20 do Código de Ética Médica (CFM, 2009):

Art. 19. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina. Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Filmes relacionados

Feitiço do tempo

Direção: Harold Ramis

Ano: 1993

Gênero: Comédia, fantasia

Origem: EUA

Sinopse: Um repórter (Bill Murray) vai a uma cidade produzir uma matéria e fica preso dentro do tempo, condenado a repetir continuamente os fatos do dia.

Os 12 macacos¹

Direção: Terry Gilliam

Ano: 1995

Gênero: Ficção científica, drama

Origem: EUA

Sinopse: No ano de 2035, James Cole (Bruce Willis) deve voltar ao passado para resolver o mistério de um vírus letal que atacou grande parte da população mundial.

Ano passado em Marienbad²

Direção: Alain Resnais

Ano: 1961

Gênero: Drama, Romance (Cinema de vanguarda)

Origem: Itália, França

Sinopse: Em luxuoso hotel, um homem (Giorgio Albertazzi) procura convencer uma mulher casada (Delphine Seyrig) a fugir com ele, alegando que no ano anterior tiveram um caso amoroso da qual ela não se recorda.

(1) Informações disponíveis em: <<https://goo.gl/BR1A48>>. Acesso em: 4 abr. 2017.

(2) Informações disponíveis em: <<https://goo.gl/u9ISWx>>. Acesso em: 4 abr. 2017.

Leitura complementar

Seiscentos e sessenta e seis

Mário Quintana (2005)

*A vida é uns deveres que nós trouxemos para fazer em casa.
Quando se vê, já são 6 horas: há tempo...
Quando se vê, já é sexta feira ...
Quando se vê, passaram 60 anos...
Agora, é tarde demais para ser reprovado...
E se me dessem – um dia – uma outra oportunidade,
Eu nem olhava o relógio
Seguia sempre, sempre em frente...
E iria jogando pelo caminho a casca dourada e inútil das horas.*



*Ser companheiro vale mais do que ser chefe.
É preciso que os homens à sua volta nunca tenham nenhuma
angústia, não sofram nunca por o sentirem a você superior a eles.*

Agostinho da Silva, filósofo, poeta e ensaísta português

Precisar dominar os outros é precisar dos outros. O chefe é um dependente.

Fernando Pessoa, poeta português

Responsabilidade técnica e liderança no atendimento domiciliar

Situações frequentes

- *Objetivos da atenção domiciliar*
- *Relação médico-paciente domiciliar*
- *Profissionais envolvidos*
- *Quem lidera a equipe*
- *Atribuições das equipes*
- *Deveres das equipes de atendimento domiciliar*

Objetivos da atenção domiciliar

Segundo o artigo “Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar” (SANTOS; FUNGHETTO; LEON, 2011), a modalidade de assistência domiciliar engloba situações de cuidado intermitente por um dano agudo ou agravo de longa duração, envolvendo ações educativas e/ou realização de procedimentos que visam à redução do dano e à prevenção, enfatizando também a autonomia do paciente.

Desse modo, o atendimento domiciliar e suas variações, como programas de agentes comunitários, são oferecidos aos pacientes portadores de doenças crônicas ou de sequelas após traumas que não mais necessitem de tratamento hospitalar.

A responsabilidade das equipes de atenção básica é atender as pessoas conforme suas necessidades em saúde, mas não apenas esta: existem questões sociais relacionadas ao acesso, por conta das barreiras geográficas, longas dis-

tâncias, a forma de organização de famílias e residências, e, ainda, limitações físicas que, muitas vezes, os impedem ou dificultam o deslocamento até os serviços, exigindo que a assistência seja realizada em domicílio.

Relação médico-paciente domiciliar

Conforme Resolução nº 1.668/2003 (CFM, 2012), o trabalho do médico, como membro da equipe multidisciplinar de assistência e internação domiciliar, é imprescindível para o bem-estar do paciente.

Assim, o critério para a escolha do paciente a ser contemplado pelo sistema de assistência domiciliar – ou para sua interrupção ou alta – deve ser obrigatoriamente médico e baseado nas condições clínicas, assim como se faz necessário que o médico conheça, presencialmente ou, na impossibilidade, a partir do relatório dos demais membros da equipe, as condições ambientais e familiares do paciente, para sua tomada de decisão.

Da mesma forma que ocorre com o atendimento em hospital, o consentimento livre e esclarecido, a desautorização de quaisquer procedimentos ou de condutas que interfiram ou afetem a integridade física ou psíquica do atendido continuam a ser direito inalienável do paciente. Esse consentimento deve ter linguagem acessível, abrangente e que contemple todas as perguntas formuladas.

Profissionais envolvidos

Na modalidade de assistência e internação domiciliar incluem-se procedimentos do médico e de cuidadores, enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, entre outros, necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

De acordo com as necessidades particulares, os profissionais se deslocarão aos locais de atendimento, segundo análise estrutural do trabalho. As atribuições de cada um desses profissionais deverão ser amplamente definidas na regulamentação específica de cada categoria.

Quem lidera a equipe

A dúvida mais frequente entre os componentes de equipes multidisciplinares encarregadas pelo atendimento domiciliar – e capaz de criar desentendimentos entre os membros dedicados a esse trabalho – refere-se à liderança desses grupos.

Segundo a Resolução nº 1.668/2003 (Id., 2003), cabe ao médico as funções de coordenar essa equipe (definindo sua composição) e eleger o paciente a ser contemplado por tal sistema, assumindo os riscos de toda a medicação prescrita, procedimentos realizados e feitura do prontuário, além de, eventualmente, elaborar a declaração de óbito ocorrido nessas circunstâncias. Nesse caso, a elaboração do prontuário obedece às mesmas regras daquela realizada em instituições. Vale lembrar que todos os membros da equipe terão acesso aos dados do paciente, e cada qual é obrigado a guardar sigilo sobre eles.

O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e, se este não tiver condições de opinar, de sua família ou representante legal.

Atribuições das equipes

Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2012, p. 4), as ações nesse contexto contemplam as seguintes características:

- ✓ *ações sistematizadas, articuladas e regulares;*
- ✓ *integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde;*
- ✓ *objetivo de responder às necessidades de saúde de um determinado seguimento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária;*
- ✓ *desenvolve-se por meio do trabalho em equipe, utilizando-se de tecnologias de alta complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamento).*

Deveres das equipes de atendimento domiciliar

De acordo com o Caderno de Atenção Domiciliar (p. 11-12), os deveres das equipes de atendimento domiciliar são:

- ✓ *Respeitar os princípios da assistência domiciliar, buscando estratégias para aprimorá-los;*
- ✓ *Compreender o indivíduo como sujeito do processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde e visualizá-lo como agente responsável pelo processo de equilíbrio entre a relação saúde-doença;*
- ✓ *Coordenar, participar e/ou nuclear grupos de educação para a saúde;*
- ✓ *Fornecer esclarecimentos e orientações à família;*

- ✓ *Monitorizar o estado de saúde do usuário, facilitando a comunicação entre família e equipe;*
- ✓ *Desenvolver grupos de suporte com os cuidadores;*
- ✓ *Realizar reuniões com usuário e família para planejamento e avaliação da assistência domiciliar;*
- ✓ *Otimizar a realização do plano assistencial;*
- ✓ *Fazer abordagem da família considerando o contexto socioeconômico e cultural na qual a família se insere;*
- ✓ *Garantir o registro no prontuário domiciliar e da família na Unidade de Saúde;*
- ✓ *Orientar a família sobre sinais de gravidade e condutas serem adotadas;*
- ✓ *Dar apoio à família tanto para o desligamento após alta do AD, quanto para o caso de óbito dos usuários;*
- ✓ *Avaliar a condição e infraestrutura física do domicílio;*
- ✓ *Acompanhar o usuário conforme plano de assistência traçado pela equipe e família;*
- ✓ *Pactuar concordância da família para AD;*
- ✓ *Buscar garantir uma assistência integral, resolutiva e livre de danos ao usuário da AD;*
- ✓ *Trabalhar as relações familiares na busca pela harmonia, otimizando ações para um ambiente familiar terapêutico;*
- ✓ *Solicitar avaliação da equipe de referência (do hospital, médico assistente, ambulatório, após discussão de caso);*
- ✓ *Dar apoio emocional;*
- ✓ *Orientar cuidados de higiene geral com o corpo, alimentos, ambiente e água.*

Na Atenção Domiciliar, a equipe deve preservar o espaço da família e os laços afetivos das pessoas, fortalecendo a autoestima, envolvendo as pessoas no processo de cuidado e com o foco na humanização (p. 4).

O deslocamento da prática médica para o domicílio do paciente

*Um doente não pode cuidar do outro.*¹

Carine Andrade da Silva de Lima Margonar

A atenção à saúde no domicílio envolve um encontro multidisciplinar acrescido da participação da família no local de residência do assistido, decisão provocada, na maioria das vezes, pela dificuldade do deslocamento do doente.

Nesse novo cenário, não há de se falar em encontro entre paciente e médico apenas, mas de uma relação humana mais complexa, que gerará, com certeza, novas tensões nas relações humanas, tanto entre os profissionais como entre estes e os familiares, o que exigirá pessoas devidamente treinadas para a atuação em equipe e conscientes da diversidade econômica, social e cultural onde atuarão.

A indicação do tratamento domiciliar tem como foco central o estado de saúde do usuário, as dificuldades de seu deslocamento e os custos de seu tratamento. Sem dúvida, o foco central será o doente, cabendo ao médico tal decisão. Se optado pelo tratamento domiciliar, haverá necessidade de se discutir o papel de cada profissional e a logística da assistência que será prestada, incluindo-se aqui o modo de envolver a família no tratamento.

É de nosso entender que cabe ao médico diagnosticar, tratar e, no caso de desfecho fatal, atestar o óbito, colocando-o juridicamente como responsável em todas as fases da assistência, o que o torna naturalmente responsável/coordenador de tal atividade, em que pese a importância de todos os profissionais envolvidos.

A Lei no 10.424, de 15 de abril de 2002 (BRASIL, 2002b), acrescenta à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Id., 1990c), o capítulo VI – “Do subsistema de atendimento e internação domiciliar” –, em que, além de incluir os profissionais envolvidos no atendimento domiciliar, no parágrafo 3º, do artigo 19-I, registra que “o atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família”.

(1) Disponível em: <<https://goo.gl/VsA9xR>>. Acesso em: 4 abr. 2017.

Entendemos que ser responsável e coordenar um grupo não implica o exercício de qualquer tipo de poder, mas o de permitir um compartilhamento simétrico dirigido à recuperação ou atenuação do sofrimento do doente, cada decisão devendo ser resultado da reflexão e do consenso de um trabalho em equipe. Logicamente, como ocorre em experiências coletivas, poderá surgir no grupo um líder, muitas vezes por mais próximo da comunidade ou da família, o que deverá ser agregado ao trabalho, até pelo fato dessa assistência ir além de um tratamento médico usual.

Questões éticas levantadas no atendimento domiciliar têm particularidades que não deverão ser ignoradas. Decidir, em um caso particular, pelo atendimento domiciliar, deverá ter como objetivo o que é mais adequado e justo ao paciente e familiares, e não apenas ao que possa ser mais conveniente à instituição ou sistema de saúde.

O exercício do direito à autonomia do doente e familiares deverá ocorrer já na alta hospitalar, mantendo-se durante toda a assistência, tornando-os elementos ativos no cuidado e na tomada de decisão. No atendimento domiciliar o doente e familiares devem ser estimulados ao exercício de sua autonomia, diferentemente do que ocorre no hospital onde o doente é obrigado a adaptar-se e os familiares permanecem de certo modo à margem dos cuidados. No domicílio é o profissional que deve se adaptar à realidade.

No Caderno de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2012), do Ministério da Saúde, encontramos:

A primeira condição para que ocorra atendimento domiciliar é o consentimento da família para a existência de cuidador. A assistência prestada no domicílio não pode ser imposta [...]. Recomenda-se que toda família esteja ciente do processo de cuidar da pessoa assistida, comprometendo-se junto com a equipe na realização das atividades a serem desenvolvidas.

Cada membro da equipe e os escolhidos no cuidado deverão ser avaliados continuamente quanto ao preparo para o exercício das tarefas necessárias, fazendo valer sempre o que é melhor para o doente – princípio da beneficência e da não maleficência. Ninguém nega que o cuidado domiciliar adequado diminui as recaídas, a necessidade de internações e reforça a adesão ao tratamento, assim como sabemos que cuidados inadequados invertem esse resultado.

Logicamente, para se fazer respeitar os princípios éticos, o olhar deverá ser dirigido ao doente e suas demandas e à análise das condições encontradas no domicílio, das adaptações possíveis e da possibilidade da participação da família nos cuidados, sendo essa análise fundamental para um planejamento assistencial adequado.

É importante frisar que no prontuário da equipe multidisciplinar e no prontuário de atendimento domiciliar deverão constar não apenas as avaliações profissionais, mas também o resultado das reuniões realizadas pela equipe, ficando disponibilizadas para o usuário/familiares e profissionais envolvidos na assistência domiciliar e hospitalar quando necessário, respeitando-se as normas e legislação vigentes quanto ao manuseio, guarda e sigilo.

É responsabilidade da instituição o fornecimento de infraestrutura adequada que permita o trabalho em equipe, com sistema de comunicação e informação possibilitando coleta de dados, controle de atendimento e levantamento epidemiológico como preconiza a Coordenação Nacional de Atenção Domiciliar.

O médico responsável/coordenador do atendimento domiciliar deverá estar atento, pelas particularidades dessa assistência, ao Código de Ética Médica (CFM, 2009), quanto aos artigos 1º, 2º, 19, 20 e 21, relacionados à responsabilidade profissional; artigos 32 e 37, à relação com pacientes e familiares, e artigos 83, 84 e 85, a documentos médicos.

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

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.

Art. 2º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 19. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnósti-

co ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

Parágrafo único. O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

DOCUMENTOS MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 83. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 85. Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Filmes relacionados

12 homens e uma sentença

Diretor: Sidney Lumet

Ano: 1957

Gênero: Drama

Origem: EUA

Sinopse: Um jovem é acusado de matar brutalmente o pai. Onze dos jurados creem que ele é culpado. Um acredita que é melhor examinar a questão com mais calma.

Invictus

Diretor: Clint Eastwood

Ano: 2009

Gênero: Drama, biografia, histórico

Origem: EUA

Sinopse: Nelson Mandela (Morgan Freeman), recentemente eleito presidente da África do Sul, luta para acabar com o apartheid e utiliza o rúgbi para unir a nação.

***Sociedade dos poetas mortos*²**

Diretor: Peter Weir

Ano: 1989

Gênero: Drama

Origem: EUA

Sinopse: Em 1959, na Welton Academy, um ex-aluno (Robin Williams) se torna professor de literatura e ensina alunos a pensarem por si mesmos.

(2) Informações disponíveis em: <<https://goo.gl/4Z6tQH>>. Acesso em: 4 abr. 2017.

Quase deuses³

Diretor: Joseph Sargent

Ano: 2004

Gênero: Biografia, drama

Origem: EUA

Sinopse: Vivien Thomas (Mos Def), um hábil marceneiro, de origem humilde, que queria ser médico, consegue emprego como faxineiro, trabalhando para o médico pesquisador Alfred Blalock (Alan Rickman).

Mãos talentosas: a história de Ben Carson⁴

Diretor: Thomas Carter

Ano: 2009

Gênero: Drama, biografia

Origem: EUA

Sinopse: Ben Carson (Cuba Gooding Jr.), menino pobre de Detroit sem perspectiva de futuro, surpreende a todos ao crescer e se tornar um neurocirurgião de fama mundial.

Ensaio de orquestra

Diretor: Federico Fellini

Ano: 1978

Gênero: Comédia dramática, musical

Origem: França, Alemanha, Itália

Sinopse: Em uma capela medieval, uma orquestra musical evidencia competições internas e conflitos hierárquicos entre os instrumentistas quando entrevistados por uma equipe de TV.

(3) Informações disponíveis em: <<https://goo.gl/LKcDYk>>. Acesso em: 4 abr. 2017.

(4) Informações disponíveis em: <<https://goo.gl/2ejME3>>. Acesso em: 4 abr. 2017.



*Só depois que a tecnologia inventou o telefone, o telégrafo,
a televisão, a internet, foi que se descobriu
que o problema de comunicação mais sério era o de perto.*

Millôr Fernandes, humorista, dramaturgo e escritor brasileiro

*O telefone dá-nos a felicidade de estarmos juntos,
com a segurança de estarmos separados.*

Mason Cooley, professor americano

Atendimento não presencial

Situações frequentes

- *Prescrições sem exame direto*
- *Atendimento pelo telefone*
- *Consulta por mídias sociais*
- *Atendimento pré-hospitalar*
- *Uso de telemedicina*
- *Paciente informado pela internet*

Prescrições sem exame direto

O assunto é definido na profissão médica brasileira: um exame clínico ao paciente deve ser direto, presencial, garantindo o atendimento holístico, no qual é essencial o uso de sentidos, como a visão, o tato, audição e o olfato.

O Código de Ética Médica (CFM, 2009) é explícito em seu artigo 37 (da Relação com Pacientes e Familiares) quando veda ao profissional prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência, e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.

Esse ditame não apresenta qualquer incompatibilidade com o artigo sobre plantão a distância, modalidade definida pela Resolução nº 1.834/2008 (Id., 2008) como “disponibilidade médica em sobreaviso”, que é a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil.

Atendimento pelo telefone

Em 2011, foi aprovada a Resolução nº 1.974/2011 (CFM, 2011), que disciplina a propaganda e publicidade médica, que veda ao médico “consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa ou à distância”.

No entendimento do CFM, a consulta física é insubstituível. A medida não afeta quem consulta um médico de confiança para tirar dúvidas corriqueiramente. “O médico pode orientar por telefone pacientes que já conheça, aos quais já prestou atendimento presencial, para esclarecer dúvidas em relação a um medicamento prescrito, por exemplo”, menciona o documento a respeito da proibição (RESOLUÇÃO..., 2012).

O Parecer nº 142.829/2015 (CREMESP, 2015) afirma que atendimentos médicos por telefone “não podem ser efetivados, sob o risco de ferir toda essa normatização de ordem ética que visa à segurança do paciente, do médico e o prestígio e bom conceito da profissão”. É evidente que o médico pode se comunicar com pacientes e familiares para trocar informações, mas não deve assumir a responsabilidade profissional e, conseqüentemente, não deveria receber honorários por tais contatos a distância.

Porém, o uso do celular pode ter importante aplicação no contexto médico, em especial em relação à prevenção e ao incentivo a práticas de promoção à saúde, segundo o artigo “Healthcare in the pocket: mapping the space of mobile-phone health interventions”, publicado em 2012 na revista *Journal of Biomedical Informatics* (KLANJA; PRATT, 2012).

No item “Por que usar telefones celulares para intervenções de saúde?” (“Why use mobile phones for health interventions?”), defendeu-se que telefones móveis correspondem a uma via particularmente atraente aos pacientes, entre outros motivos, pela tendência das pessoas transportarem seus celulares para todos os lugares, e “da fixação das pessoas por esses aparelhos”.

De acordo com os pesquisadores, entre as estratégias de intervenção mais benéficas estão a de aumentar a acessibilidade das informações em saúde. No centro de muitas aplicações em saúde da telefonia está a de usar o aparelho “para detectar comportamentos relacionados à saúde, estados fisiológicos, sintomas e outros parâmetros relevantes” que aumentam “a frequência de comportamentos desejados e diminuição dos indesejáveis” (p. 195) em relação à prevenção as doenças.

“Embora o rastreamento de informações em saúde possa fornecer suporte útil para incentivar mudanças de comportamentos ao autocuidado de doenças crônicas, a gestão eficaz de muitas condições requer o apoio da equipe de saúde do paciente” (loc. cit.), concluíram os pesquisadores.

Consulta por mídias sociais

Em 20 de setembro de 2016, o Cremesp divulgou um alerta sobre uso de WhatsApp ou aplicativos similares por médicos (ALERTA, 2016).

Para a entidade, o ato médico presencial, com anamnese e exame físico, “sempre foi e será o padrão-ouro da assistência médica”. Diante desse princípio, o Cremesp alerta:

Quando for responder aos seus pacientes por WhatsApp ou aplicativos similares, façam-no desde que conheçam o seu quadro clínico atual com o intuito apenas de orientá-los, com observância ao Código de Ética Médica, particularmente com respeito ao sigilo profissional, não os expondo em grupos.

A Resolução nº 1.974/2011 (CFM, 2011) restringe o uso das redes sociais, como Twitter e Facebook, por parte dos médicos. Não poderão ser usadas com o objetivo de angariar clientela, e fica proibida a divulgação de telefone e endereço de consultórios por esse meio. Em resposta foi registrado o Parecer-Consulta nº 12/2015 (CRM-PA, 2015), que é claro ao afirmar, entre outros pontos, que consultas por mídias sociais (WhatsApp, e-mails etc.) não se constituem em ato médico completo – se realizada a anamnese e o exame físico, a critério do médico e em acordo prévio com o paciente/responsável, este poderá enviar resultados de exames ou novas informações por meio-eletrônico.

Em determinadas situações, uma “fotografia, ou até um filme [...], podem complementar, mas nunca substituir a relação” presencial entre médico e paciente. Textos encaminhados por pacientes e parentes via WhatsApp, por exemplo, correspondem a algo interpretado sob a ótica de outra pessoa, normalmente, leiga. Ou seja, baseia-se em seus conhecimentos e experiências, na maioria das vezes, sem embasamento técnico-científico.

Suponha-se a informação de uma mãe que diz que seu filho está “pintadinho”. Essa designação pode corresponder a várias doenças, desde uma alergia até uma virose exantemática ou um problema bacteriano, com erupção cutânea etc. Da mesma forma, sem um exame clínico, fica difícil determinar o porquê de alguém desenvolver “disenteria”.

As mídias sociais estão muito presentes em nossas vidas e, se bem utilizadas, são ferramentas valiosas para o estreitamento de relações pessoais e comerciais de diversas naturezas. Porém, o imediatismo, a busca da solução rápida, não pode ser aceito pelo médico, que sempre deverá empregar todos os meios cientificamente reconhecidos disponíveis em favor do paciente.

Atendimento pré-hospitalar

Em um capítulo de livro abordando atendimento médico com o auxílio de telecomunicações, vale a pena mencionar o trabalho das centrais de atendimento telefônico, essenciais em urgência e emergência hospitalar e pré-hospitalar.

Logo em seus “considerandos”, a Resolução nº 1.671/2003 (CFM, 2003), que dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar, lembra, entre outros pontos, ser responsabilidade “fundamental da atividade médica procurar preservar a vida, aliviar o sofrimento, promover a saúde e melhorar a qualidade e a eficácia do tratamento emergencial”; que o médico tem a obrigação de proteger o paciente e não pode delegar a outro profissional nenhum ato de sua exclusiva competência; a necessidade da existência de serviços pré-hospitalares para o atendimento da urgência/emergência, visando prestar assistência adequada à população.

Segundo o texto, o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico e, portanto, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada por médico, com ações que possibilitem a realização de diagnóstico imediato nos agravos ocorridos com a consequente terapêutica. Sendo assim, todo serviço de atendimento pré-hospitalar deverá ter um responsável técnico médico, com registro no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde se localiza o serviço, o qual responderá pelas ocorrências de acordo com as normas legais vigentes.

No entanto, considera-se que, em urgência e emergência, deverá haver uma ação integrada com outros profissionais, não médicos, habilitados para prestar atendimento em nível pré-hospitalar, sob supervisão e coordenação médica.

Deverá existir uma Central de Regulação, de fácil acesso ao público, com presença permanente de médico coordenador (médico regulador) que, quando pertinente, despachará o atendimento emergencial para a unidade mais próxima, colhendo, ainda, informações adicionais que poderão exigir a presença do médico no local.

Igualmente, deverá ser possível repassar maiores informações, via rádio ou outro meio, à equipe da ambulância. Também deverá existir uma rede de comunicação entre a central e os hospitais conveniados, para equacionar o encaminhamento do paciente. Considerando-se as particularidades regionais, os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) poderão normatizar sobre outro modo de regulação médica.

Conforme a Resolução, frequentemente o médico regulador irá autorizar atos não médicos por radiotelefonia (sobretudo para profissionais de

enfermagem, bombeiros, policiais rodoviários), os protocolos correspondentes deverão estar claramente constituídos e a autorização deverá estar assinada na ficha de regulação médica e no boletim/ficha de atendimento pré-hospitalar.

O médico regulador tem o dever de conhecer as habilidades de seu pessoal não médico e médico, de forma a dominar as possibilidades de prescrição e fornecer dados que permitam viabilizar programas de capacitação e revisão que qualifiquem e habilitem os intervenientes.

Uso de telemedicina

A exposição pública de pacientes, por meio de fotos e imagens, é considerada antiética pelo CFM. Conforme o Código de Ética Médica (CFM, 2009, art. 104), é vedado ao médico “fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos”.

O Parecer-Consulta nº 107.787/2009 (CREMESP, 2009b) aponta como exceção o uso da internet em telemedicina, “voltada à atualização e reciclagem profissional do médico, a exemplo das videoconferências, educação e monitoramento a distância”. Nesses casos, “devem existir mecanismos (senhas e outros dispositivos) que impeçam o acesso do público leigo às imagens ou informações, que só podem identificar o paciente mediante consentimento esclarecido do mesmo para este fim [...]”.

Um parecer-consulta mais antigo do CFM já caminhava na mesma direção, ao destacar que “apesar de não substituir o contato pessoal com o paciente, a telemedicina não deve afetar adversamente a relação individual médico-paciente” (CFM, 2002).

Segundo esse mesmo parecer-consulta,

quando é utilizada de maneira correta, a telemedicina tem o potencial de melhorar esta relação através de mais oportunidades para comunicar-se, permitindo o acesso mais fácil de ambas as partes. Como em todos os campos da Medicina, a relação médico-paciente deve basear-se no respeito mútuo, na independência de opinião do médico, na autonomia do paciente e na confidencialidade profissional. É essencial que o médico e o paciente possam se identificar com confiança quando se utiliza a Telemedicina.

Porém, há reflexões de ordem ética em relação ao tema, traz o mesmo pa-

recer. Para o CFM, no Brasil, já existe experiência acumulada em videoconferência, com a participação do próprio Conselho Federal, envolvendo, inclusive, a monitoração de sinais vitais e ECG. Entretanto, ao lado de tão sofisticada evolução da tecnologia da comunicação, “a Medicina, como Ciência, foi a que menos se beneficiou”. Conforme o parecer, a ética e o direito ainda não apontaram um caminho seguro a ser trilhado, especialmente, em relação à privacidade das informações; sigilo profissional; e à responsabilidade do médico assistente e do plantonista na central de atendimento e transmissão de dados.

Em 2000, a Revista Bioética publicou “Telemedicina: breves considerações ético-legais”, de Genival Veloso de França (2000, p. 110), no qual o autor, professor de Medicina Legal, destaca que “a Telemedicina traz consigo uma série de posturas que se confrontam com os princípios mais tradicionais da ética médica, principalmente no aspecto da relação médico-paciente”.

Apresenta também problemas de ordem jurídica, pois suprime o momento mais eloquente do ato médico: a interação física do exame clínico, alterando, de imediato, alguns “princípios tradicionais que regulam o exercício da Medicina”. Portanto, há certas normas e princípios éticos que devem se aplicar aos profissionais que utilizam a telemedicina.

O CFM lembra ainda que as regras sobre consentimento e confidencialidade do paciente também se aplicam às situações do uso de telemedicina. A informação sobre o doente só pode ser transmitida ao médico ou a outro profissional de saúde se isso for permitido pelo paciente com seu consentimento esclarecido. A informação transmitida deve ser pertinente ao problema em questão.

Por fim, em uma “emergência em que se utilize a telemedicina, a opinião do médico pode se basear em informação incompleta, porém, nesses casos, a urgência clínica será determinante [...]. Nesta situação excepcional, o médico é legalmente responsável pelas suas decisões” (CFM, 2002).

Paciente informado pela internet

Além das novas tecnologias empregadas ao atendimento médico em si, há uma consequência indireta da disponibilização em massa dessas ferramentas: o paciente que já sabe tudo via algo conhecido como o “dr. Google”.

Em relação ao assunto, o estudo “A influência da Internet na relação médico-paciente na percepção do médico” (CABRAL; TREVISOL, 2010, p. 417), que teve como objetivo verificar a influência da internet na relação médico-paciente pela percepção dos médicos, afirma que o acesso à informação técnico-científica, principalmente por meio da Internet, aliado ao aumento do nível educacio-

nal das populações, “tem feito surgir um paciente que busca informações sobre sua doença, sintomas, medicamentos e custos de internação e tratamento”.

Tendo como voluntários os médicos professores de universidade do Sul do Brasil, o estudo indicou que 85,3% deles achavam que pacientes acessam a internet e 92% utilizam as informações na consulta seguinte. Ainda de acordo com os participantes, quando o doente busca informações na internet, o tempo de consulta fica maior segundo 46,6% dos entrevistados e 42,2% afirmaram que pacientes trouxeram informações desconhecidas.

Do total, 58,6% consideravam que as informações da internet são importantes para o paciente conhecer sobre a doença e ter adesão ao tratamento, melhorando a relação médico-paciente.

Com os dados levantados, Cabral e Trevisol concluíram que a opinião médica é de que a internet ajuda na relação médico-paciente em 56,9% dos casos, atrapalha em 15,5% e não interfere em 27,6%.

De que modo utilizar a tecnologia sem ferir a ética?

Tornou-se chocantemente óbvio que a nossa tecnologia excedeu a nossa humanidade.

Albert Einstein¹

O desenvolvimento tecnológico na área de comunicação permitiu uma conexão em tempo real entre as pessoas, independentemente da distância que as separa, e que ultrapassa o simples diálogo entre as partes, como ocorria com o velho telefone discado – hoje o outro está diante de nós por inteiro, com palavras e expressões, entonações e sentimentos.

A praticidade dos instrumentos desenvolvidos (e-mail, WhatsApp etc.) também permite a troca de informações e imagens sem que haja necessidade de nos deslocarmos, o que leva a uma demanda crescente de contato do paciente com seu médico assistente.


Entretanto, o que poderia ser motivo de euforia quanto às possibilidades abertas pela tecnologia, na relação entre o médico e o paciente, não ultrapassa a possibilidade de um melhor acompanhamento da evolução de uma doença anteriormente diagnosticada, quando dúvidas podem ser dirimidas e orientações adicionais acrescentadas após verificação de resultado de exame complementar, sem substituir a consulta presencial, pela impossibilidade de um exame clínico adequado.

Não é possível caracterizar-se como consulta médica qualquer forma de diagnóstico que renuncie a toda uma propedêutica médica presencial, o que impossibilita não apenas uma orientação terapêutica, mas também qualquer tipo de cobrança ou reembolso.

Não estará atuando com zelo e cuidado o profissional que diagnosticar e aviar tratamento desse modo, respondendo, em caso de demanda pelo insucesso no tratamento, por negligência e imprudência, além de ferir o artigo 37 do Código de Ética Médica (CFM, 2009).

Nunca é demais acrescentar a importância dos registros em prontuário médico dos contatos ocorridos com o paciente e que im-

(1) Trecho disponível em: <<https://goo.gl/QjneRi>>. Acesso em: 4 abr. 2017.



plique orientações adicionais após a consulta médica. Entretanto, deve o médico atentar-se para mudanças do quadro clínico que indiquem a necessidade de nova avaliação presencial.

Deve-se lembrar que, ao ser solicitado para avaliar alguém, tanto o médico plantonista quanto o de sobreaviso devem fazê-lo presencialmente, e, em caso de impedimento temporário, eles deverão avaliar o paciente tão logo seja resolvido o motivo.

Ao acrescentarmos à comunicação a possibilidade presencial dos atores envolvidos abrimos novas reflexões, como as relacionadas ao consentimento, à autonomia e ao sigilo, por permitir abertura de redes de conhecimento que podem em tempo real, com a presença do paciente, ao permitir a discussão de seu caso particular, através de seu médico assistente, portanto, com o exame de apenas um dos participantes.

Em algumas situações, principalmente em território tão amplo como o nosso, onde a gestão de saúde ainda é muito desigual, a telemedicina pode e deve ser utilizada, criando-se redes de cooperação que auxiliem o médico assistente na realização de exames, no diagnóstico e na terapêutica, podendo se transformar em importante instrumento no auxílio do atendimento das emergências.

Entendemos que a tecnologia permite cada vez mais novas formas de pensarmos a gestão e o fazer médico, mas que devem ser absorvidas de modo a protegermos o paciente de ações fruto de banalização de seu uso, o que deve ser normatizado legal e eticamente.

Não será sonho pensarmos que, em algum momento no futuro, a tecnologia nos permitirá um exame clínico a distância com o homem suficientemente preparado para atuar o que de humano na profissão.



*Estou mais do que nunca influenciado pela convicção
de que a igualdade social é a única base da felicidade humana.*

Nelson Mandela, ativista político e ex-presidente da África do Sul

A primeira igualdade é a justiça.

Victor Hugo

Discriminação em serviço público, particular e convênio

Situações frequentes

- *Cobrança de convênio em caráter particular*
- *Dupla cobrança e complemento de honorários*
- *Médico transferir paciente particular ao atendimento pelo SUS*
- *Paciente de convênio atendido pelo SUS*
- *Divisão de tempo de atendimento entre usuários de planos de saúde e pacientes particulares*

Cobrança de convênio em caráter particular

É ético cobrar consulta em caráter particular, quando o paciente tem direito de ser atendido por plano de saúde? O médico pode, dentro de seu próprio consultório, estabelecer o horário de atendimento aos segurados de determinado convênio?

Sobre o primeiro assunto, conforme Parecer-Consulta nº 112.655/2011 (CREMESP, 2011c), o médico que tem contrato assinado com uma operadora ou que seja sócio de uma cooperativa deverá cumprir os horários acordados, e jamais poderá sugerir, dentro do acordado, a possibilidade de cobrança em caráter particular de um usuário – o que caracterizaria uma quebra de contrato com a operadora ou o descumprimento dos estatutos, no caso de uma cooperativa.

Ora, quebra de contrato ou descumprimento de estatuto jamais serão atitudes éticas, constando nos artigos 58 e 66 do Código de Ética Médica (CFM, 2009), que rezam ser vedado ao médico “o exercício mercantilista da medi-

cina” e “praticar dupla cobrança por ato médico realizado”, salvo “se prevista em contrato”.

Também é preciso apontar que a cobrança fere o Código do Consumidor (BRASIL, 1990b), que, em seu artigo 47, estabelece que as cláusulas contratuais “serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor”, o que no atendimento médico, em função da maior assimetria provocada pela fragilidade diante da doença, seria reforçada.

Quanto à segunda questão, entende-se que o médico tem o direito de estabelecer o horário de funcionamento e a organização interna de seu próprio consultório. Entretanto, para que se evitem desentendimentos e situações que sugiram qualquer discriminação, faz-se necessário que as regras estejam devidamente em contrato e sejam do conhecimento dos usuários.

O que não deve, por exemplo, caso o profissional esteja com a agenda lotada no horário acordado em contrato, é impor um “encaixe” sob pagamento, devendo, na impossibilidade, dar a opção ao usuário de procurar outro colega ou um serviço de pronto atendimento.

Dupla cobrança e complemento de honorários

O Código de Ética Médica (CFM, 2009), em seu artigo 65, proíbe o profissional de “cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, ou de receber remuneração de pacientes como complemento de salário ou de honorários”, e, no art. 66, de “praticar dupla cobrança por ato médico realizado”.

Em serviço privado, desde que previsto em contrato, e somente nessa situação, a complementação de honorários poderá ser cobrada.

De acordo com o Parecer nº 1.309/2001 (CRM-PR, 2001), do Conselho Regional de Medicina do Paraná, dupla cobrança fica caracterizada quando o médico ou a instituição prestadora de serviços de saúde, para um mesmo procedimento médico, realiza cobrança de duas fontes diferentes.

Isso acontece, por exemplo, quando se cobra do SUS o pagamento pelo convênio do paciente, ou em caráter particular o incluso nas cláusulas do convênio. Vale lembrar que as cobranças estão permitidas quando o interessado se propõe a usar acomodações superiores àquelas designadas pelas instituições pagadoras.

Nesse sentido, em seu livro *Comentários ao Código de Ética Médica*, o professor Genival Veloso de França (2010) considera não existir impedimento moral na complementação de honorários e des-

pesas hospitalares, quando o paciente preferir acomodações diversas das previstas no convênio.

Médico transferir paciente particular ao atendimento pelo SUS

Além dos pontos de vista ético e bioéticos, estão envolvidos aspectos de ordem administrativa quando o médico, dentro de um mesmo serviço, optar por transferir o paciente do atendimento particular ao atendimento pelo SUS, devendo-se, nesse caso, além de respeitar o regimento interno, não praticar dupla cobrança.

Em caso de encaminhamento do consultório, ou de transferência de uma instituição para outra, desde que o profissional não faça parte do quadro de profissionais do hospital de destino, será a equipe local quem dará seguimento ao caso, segundo o princípio da autonomia profissional. Caso pertença ao quadro, ou o regimento interno permita que o profissional interne o paciente pelo SUS, não deverá praticar dupla cobrança.

Paciente de convênio atendido pelo SUS

Paciente com convênio médico não atendido pelo plano de saúde: pode-se efetuar pelo SUS?

O atendimento à saúde, como definido na Constituição Federal (BRASIL, 1988), é direito de todos e dever do Estado, não podendo haver qualquer restrição quanto a sua utilização e aplicação, não devendo sofrer qualquer embaraço administrativo para sua efetiva realização.

Não há qualquer norma que proíba um paciente, ainda que tenha convênio médico, de ser atendido pelo SUS, uma vez que tal sistema de saúde é público e de uso irrestrito por qualquer cidadão. É importante, porém, ressaltar que o paciente de convênio, quando atendido pelo SUS, não poderá exigir nenhum privilégio, devendo observar todas as regras e rotinas previstas quanto a agendamento, atendimento e procedimentos estabelecidos pelo sistema.

Novamente, o médico deve evitar dupla cobrança.

Divisão de tempo de atendimento entre usuários de planos de saúde e pacientes particulares

Como deve o médico agir para dividir seu tempo de atendimento entre usuários de planos de saúde e pacientes particulares? É ético conceder menos tempo para os primeiros sob a alegação de baixa remuneração?

Essas questões foram amplamente debatidas pelo CFM na análise do questionamento apresentado pela Cooperativa de Trabalho Médico da Unimed Fortaleza (CFM, 2000a), que consultou o Conselho de Medicina sobre a existência de discriminação de pacientes quando o médico concede menos tempo aos conveniados a planos de saúde que aos particulares.

Diferenciar pacientes, dificultando muitas vezes fraudulentamente o acesso ao consultório, com simulação de falsas pletores de agendas, na busca de transformar o doente de convênio em doente particular, é atitude eticamente reprovável por fraudar, humilhar e subjugar o ser humano, com o agravante de fazê-lo quando este se encontra fragilizado pela doença.

Diversos são os dispositivos do Código de Ética Médica que podem ser evocados na análise da questão suscitada pela consulta. No item I dos Princípios Fundamentais do Código, apreende-se que “A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza”. Com iguais enfoques, existem o item IX – “A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio” – e o artigo 23 – “é vedado ao médico tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade” (CFM, 2009).

É bom lembrar ainda o item VII dos Princípios Fundamentais, que determina ao médico exercer

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.

O médico pode recusar-se a ser conveniado ou cooperado com base no entendimento de que é mal remunerado. No entanto, uma vez acordada sua participação no quadro de médicos referenciados, esse argumento não mais pode ser utilizado para discriminar pacientes.

O direito de considerar-se mal remunerado permite ao médico denunciar o pacto realizado com a cooperativa ou o convênio. Jamais poderá qualificar ou quantificar seu trabalho com base no valor recebido. A adoção de mecanismos discriminadores, com base na capacidade econômica do doente, configura, sem dúvida alguma, infração ética.

Perante o exposto, entendemos que o médico, tendo acordado com o convênio ou cooperativa uma determinada forma de pagamento, não mais pode discriminar, com base na argumentação de que é mal remunerado, os pacientes deles oriundos, dificultando o acesso aos consultórios, com adoção de limites de vagas ou outros artifícios. A atitude eticamente aceita, para situações desta natureza, é a suspensão global do atendimento ou o descredenciamento.

A cobrança do atendimento não deve perder o sentido do justo

Devemos acentuar que o paciente que procura ajuda médica não é um paciente SUS, particular ou de convênio, mas um ser que carrega uma história e uma humanidade próprias que deverão ser respeitadas e compartilhadas da melhor forma possível. Devemos nos afastar de qualquer prática que adequa a qualidade do atendimento à remuneração recebida.

A prática médica passa por profundas modificações que de modos diversos afetam diretamente a relação entre o profissional e o usuário de saúde. A relação anterior, com traços fortemente paternalistas da atuação médica, depara com um cidadão cada vez mais consciente de seus direitos, o que, não compreendido adequadamente pelo profissional, poderá gerar conflitos durante o atendimento.

A emancipação individual e o exercício da autonomia também sinalizam para a necessidade de um atendimento mais universal e justo, gerando pressão social com exigência de mudanças estruturais profundas na gestão da saúde. A consequência é a ampliação na rede de atendimento, o assalariamento do médico e a transferência de parte da responsabilidade que seria do Estado para a iniciativa privada, regulada pela Agência Nacional de Saúde.

Necessário acentuar que as políticas assumidas na área de saúde não apresentam uma continuidade e um norte muito claro em sua gestão, o que cria instabilidade em todos os níveis da assistência e que, de um modo ou outro, recai na relação entre o profissional e o usuário, levantando novos dilemas de natureza ética e legal.

O modo atual da prática profissional não é mais centrada no médico, ocorrendo interferências de outras ordens, assim como uma relação de trabalho nem sempre muito clara, com terceirizações a substituir um contrato trabalhista e a existência de empresas de medicina de grupo a definir de modo unilateral o valor da consulta e dos atos médicos.

Não é suficiente ao médico ter o olhar apenas no Código de Ética Médica (CFM, 2009), faz-se necessário o devido conhecimento das normas legais e trabalhistas para que possa agir com ética, competência e segurança, sem perder de vista o uso do bom senso e do diálogo para enfrentar os novos conflitos oriundos dessas relações.

Dentro das mudanças ocorridas, vivemos a realidade de médicos mal remunerados, atuando em dois ou mais locais de trabalho, atendendo em consultórios pacientes particulares e com contrato com medicinas de grupo, com usuários insatisfeitos com a medicina oferecida, seja a pública ou a privada, o que acarreta situações discriminatórias na assistência.

Para termos alguma ideia, em 2009, apenas 55,7% dos médicos apresentavam renda mensal superior a R\$7.000,00 e, dos restantes, 25,2% recebiam mensalmente no máximo R\$4.000,00. De acordo com Censo de 2010 do IBGE, a média de salário mensal era de R\$6.940,12, com jornada de trabalho de 42 horas semanais, sendo que um dos grandes problemas é a remuneração inadequada pelo SUS e pelos convênios particulares – máximo 27% e 67%, respectivamente, do recomendado pelas associações de classe (SALEM, 2014).

Desse modo, estaria o médico agindo eticamente ao privilegiar um paciente em detrimento de outro em função de tratar-se de atendimento particular, de medicina de grupo ou de serviço público? Poderia o médico, à revelia do contrato aplicado à relação, seja público ou com medicina de grupo, redefinir o valor a ser cobrado por determinado ato, violando o contrato acordado ou praticar dupla cobrança?

Creemos que, atualmente, os dois atores finais na assistência à saúde, o médico e o usuário, transformaram-se em vítimas de um sistema mal gestado, para não dizer caótico, o que nos leva a ponderar que em nenhum momento devemos, como profissionais, castigar ainda mais o usuário, assim como, gostaríamos de não sermos alvos de violência por parte dos mesmos.

O Código de Ética Médica (CFM, 2009) contempla uma análise adequada à questão apresentada já em seus princípios fundamentais ao definir a Medicina como “uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza”, sendo que o médico “guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício”. Em seu artigo 23, o Código de Ética Médica impede o médico de “tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto”.

Logicamente, se há insatisfação do profissional, a reação deve ser na direção dos gestores e administradores, já que,

para exercer a medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de suas consciências, não devendo, em nenhuma circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir que quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho [sendo de seu direito] estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

Quanto à questão da dupla cobrança, em todas as suas formas, lembramos que é vedado ao médico “o exercício mercantilista da Medicina” (art. 58), “deixar de ajustar previamente com o paciente o custo estimado dos procedimentos” (art. 61), “cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários” (art. 65), e “praticar dupla cobrança por ato médico realizado. Parágrafo único. A complementação de honorários em serviço privado pode ser cobrada quando prevista em contrato” (art. 66).

Nenhum profissional pode, desde que tenha firmado contrato ou seja cooperado, recusar-se a atender ou fazê-lo com menor qualidade, nem cobrar a mais com o argumento de ser mal remunerado, caracterizando, caso isso ocorra, discriminação – o que configuraria infração ética.

Na mesma linha de raciocínio, comete ilícito ético o profissional que dificulta o acesso ao atendimento com adoção de limites de vagas ou outros artifícios. O aceitável é que, insatisfeito, o médico suspenda globalmente o atendimento através do descredenciamento.

Dessa forma a Medicina se mantém como uma relação entre seres humanos em que atenção, respeito e compaixão formam a base do relacionamento.

Filmes relacionados

Estamira

Direção: Marcos Prado

Ano: 2004

Gênero: Documentário

Origem: Brasil

Sinopse: Estamira, mulher de 63 anos, portadora de doença mental que viveu e trabalhou para sobreviver durante 20 anos como catadora de lixo no aterro sanitário de Jardim Gramacho.

Fome

Direção: Cristiano Burlan

Ano: 2015

Gênero: Drama

Origem: Brasil

Sinopse: O filme retrata um morador de rua em São Paulo, procurando espaços para dormir, beber água, comer, que outrora fora um renomado professor da USP.

Tempos modernos

Direção: Charlie Chaplin

Ano: 1936

Gênero: Comédia, drama, romance

Origem: EUA

Sinopse: Um operário de uma linha de montagem é levado à loucura. Internado em um sanatório, se reestabelece da crise. Ao sair, encontra-se desempregado.

Pixote: a lei do mais fraco¹

Direção: Hector Babenco

Ano: 1981

Gênero: Drama

Origem: Brasil

Sinopse: Pixote (Fernando Ramos da Silva) foi abandonado por seus pais e rouba para viver nas ruas. Ele sobrevive se tornando um pequeno traficante de drogas, cafetão e assassino, mesmo tendo apenas onze anos.

(1) Informações disponíveis em: <<https://goo.gl/As9NS0>>. Acesso em: 4 abr. 2017.

Terra em transe

Direção: Glauber Rocha

Ano: 1967

Gênero: Drama

Origem: Brasil

Sinopse: O senador Porfírio Diaz (Paulo Autran) detesta seu povo. Pretende ser imperador de Eldorado, país da América do Sul, porém outros homens querem esse cargo.

O salário do medo

Direção: Henri-Georges Clouzot

Ano: 1953

Gênero: Aventura, suspense

Origem: França, Itália

Sinopse: Quatro homens desempregados e miseráveis, que vivem em vilarejo da Guatemala, aceitam trabalhar em situação de risco, sem nenhuma proteção, levando nitroglicerina em dois caminhões.

Leitura complementar

Um médico rural

Franz Kafka (2003)

...Não sou reformador do mundo, por isso deixo-o deitado. Sou médico contratado pelo distrito e cumpro o meu dever até o limite, até o ponto em que esse se torne um excesso. Mal pago, sou no entanto generoso e solícito em relação aos pobres. Tenho ainda de cuidar de rosa, além disso o jovem pode estar com a razão e também eu quero morrer. O que estou fazendo aqui neste inverno interminável? Meu cavalo morreu e na aldeia não há ninguém que me empreste o seu.



*As pessoas crescidas têm sempre necessidade de explicações...
Nunca compreendem nada sozinhas e é fatigante
para as crianças estarem sempre a dar explicações.*

Antoine de Saint-Exupéry, escritor francês

*Ser jovem não é fácil. Alguns procuram-me para que lhes dê certezas,
e eu não tenho nenhuma, nem sequer para uso pessoal.*

Eugénio de Andrade, poeta português

Cuidado prestado a crianças e adolescentes

Situações frequentes

- *Idade do paciente pediátrico*
- *Paciente sem acompanhante*
- *Direito ao sigilo e à autonomia*
- *Menor maduro*
- *Acompanhamento psiquiátrico*
- *Menor infrator*
- *Violência contra o menor*

Idade do paciente pediátrico

Doutrinariamente, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1986) estabelece que infância corresponde ao período de zero a dez anos, enquanto a adolescência, à faixa compreendida entre dez e dezenove anos.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) segue as normas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990) ao nortear que “a área de atuação do pediatra compreende o atendimento médico ao paciente do nascimento até 18 anos completos”. Conforme o ECA, considera-se criança, para os efeitos da lei, a pessoa até 12 anos de idade incompletos; e adolescente, aquela entre 12 e 18 anos de idade.

De qualquer forma, crianças e adolescentes devem ser vistos como pessoas com características próprias dos seres em processo de crescimento e desenvolvimento e só conhecedores desse processo são capazes de proceder ao devido atendimento médico – dentro da realidade local, se possível, pediatras e/ou hebiatras.

Paciente sem acompanhante

Segundo levantamento feito com pareceres do CFM, a dúvida mais frequente sobre atendimento a menor de idade, por parte de colegas que procuram a Casa, refere-se à necessidade de acompanhante durante consultas, exames e/ou administração de medicamentos.

Em geral, os pais são considerados como “responsáveis” por crianças e adolescentes, além de outros indivíduos que, eventualmente, detiverem a guarda legal ou judicial do menor – embora tal modalidade não reflita diretamente o campo da ética médica.

Em 2013, ao responder dúvida vinculada ao atendimento a este público, um relator do CFM, orientou da seguinte forma – apesar de o consulente não especificar a faixa etária nem o tipo de situação de consulta:

1. Nos casos de pré-adolescentes (faixa entre nove e 12 anos incompletos) que procurarem o serviço espontaneamente, o atendimento poderá ser efetuado e, simultaneamente, estabelecido contato com os responsáveis.
2. A partir dos 12 anos e 14 anos e 11 meses, poderá ser realizado, devendo, se necessário, serem chamados os responsáveis legais.
3. A partir de 14 anos e 11 meses, a privacidade é garantida por consenso internacional reconhecido pela lei brasileira (ver o item “Sigilo”), principalmente se considerados “maduros”, ou seja, capacitados a entender e cumprir as orientações recebidas.

Como se sabe, o atendimento de urgência/emergência deve ser realizado sempre, sendo focado no restabelecimento da saúde. Nesse caso, a comunicação a pais e responsáveis deve ser feita assim que possível pelo médico ou, em caso de impedimento, por outras pessoas envolvidas na assistência.

Menor maduro

“Menor maduro”, definido em saúde, é aquele que demonstra capacidade para tomar suas próprias decisões, questão nada simples, ao contrário, bastante complexa, pela carga de subjetividade que poderá carregar, sugerindo-se que, em caso de necessidade, o médico solicite o apoio de outros profissionais de saúde (CREMESP, 1993).

Em relação à ética médica e à bioética, essa avaliação não deve ser restrita a uma determinada faixa etária, considerando-se que o dinamismo ca-

racterístico dessa época do desenvolvimento – tão marcada por influências pessoais, culturais socioambientais, psíquicas e espirituais – poderá apresentar grande variabilidade quanto à maturidade.

Direito ao sigilo e à autonomia

Além do direito a um atendimento especializado, em local adequado, o adolescente tem direito ao sigilo, assim como, se for seu desejo, de contar com presença dos pais ou responsáveis.

Em essência, da mesma forma que ao adulto, as normas jurídicas e deontológicas brasileiras garantem sigilo a tal público, sendo que a revelação do segredo profissional médico somente é justificada se o próprio paciente não possuir discernimento ou se a não revelação colocar em risco sua integridade, ou nos casos de justa causa definidos em lei – segundo o artigo 269 do Código Penal (BRASIL, 1940), que dispõe como omissão de notificação de doença “deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória”.

A Lei 8.069/1990 (Id., 1990a), que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, exige a revelação de casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente ao Conselho Tutelar. O mesmo ocorre em casos de abuso de cônjuge ou de familiar contra o idoso.

Interessante chamar atenção para o fato de o Código de Ética Médica (CFM, 2009) contemplar em seu bojo um olhar mais para o universal do que para o particular. Encontramos no código deontológico apenas dois artigos que se referem “ao menor”, mas sem a definição da faixa etária correspondente, o artigo 74, referente ao sigilo, e o artigo 101, à pesquisa, e que de algum modo são conflitantes quanto ao direito da autonomia.

Enquanto o primeiro resguarda o direito ao sigilo ao menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que com discernimento e que a revelação não lhe acarrete dano, o segundo, exige, para participar de pesquisa, consentimento de seu representante legal.

Art. 74. (Código de Ética Médica) - 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.

[...]

Art. 101. Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pes-

quisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

Parágrafo único. No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

Por seu lado, a Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp) já se manifestou pela garantia de confidencialidade e do sigilo das informações às adolescentes, mesmo perante seus familiares, desde que a omissão não incorra em riscos à vida delas. Pais ou responsáveis só poderão ser informados sobre o conteúdo das consultas com expresso consentimento das pacientes, sendo que o fato de estarem sozinhas não deve impedir o atendimento médico (CREMESP, 2004).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) seguem a mesma linha ao propor que o adolescente, independentemente de gênero, tenha o direito à privacidade durante a consulta, ou seja, de ser atendido sozinho, em espaço privado e apropriado. Vale lembrar que a privacidade não está obrigatoriamente relacionada à confidencialidade, definida como “um acordo entre o profissional de saúde e o cliente, no qual se estabelece que as informações discutidas durante e depois da consulta ou entrevista só serão passadas a seus pais e/ou responsáveis quando houver permissão expressa do adolescente” (SBP; FEBRASGO, 2005).

A confidencialidade apoia-se em regras da bioética médica, por meio de princípios morais de autonomia. A garantia de confidencialidade e privacidade, fundamental para ações de prevenção, favorece a abordagem de temas como sexualidade, uso de drogas, violência, entre outras situações.

Em caso de exame ginecológico, a Sogesp reitera, contudo, a orientação da Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (SBGO) (CREMESP, 2011e) de que deverá ter a presença de uma auxiliar. Em relação ao exame ginecológico é importante citar recomendação do Cremesp (1988b), que aconselha aos médicos que, preferencialmente, contem com “a presença de auxiliar de enfermagem ou pessoa acompanhante da paciente durante o exame ginecológico. Entretanto, cabe ao profissional médico decidir sobre tal recomendação, tendo em vista que não se trata de obrigatoriedade”. Tal recomendação é genérica, podendo ser observada no caso de menores.

Há várias outras situações vinculadas aos menores de idade e seu direito ao sigilo. Duas delas envolvem gênero e entrega de prontuário. Pela necessidade de abordagem mais especializada, casos relacionados a particularidades

de gênero devem ser encaminhados a centro dotado de estrutura, que possibilite o diagnóstico correto e a integralidade da atenção de excelência, garantindo segurança, habilidades técnico-científicas multiprofissionais e suporte adequado de seguimento.

Já a eventual entrega do prontuário nessa situação segue as normas habituais aos adultos – desde que o adolescente tenha condições de exercer a própria autonomia – cabendo ao médico refletir sobre informações contidas no histórico, capazes de ferir princípios de beneficência e não maleficência do paciente.

No caso de menores infratores (abordado com mais profundidade em item específico) permanece seu direito ao sigilo. Por exemplo, em parecer específico relativo à solicitação de autoridades judiciais e administrativas para que médico e equipe forneçam informações quanto sorologia para o HIV de adolescentes, é reforçada a proibição de se revelar informações obtidas em virtude do exercício profissional, salvo por justa causa, dever legal, ou autorização expressa do paciente (CFM, 1991).

As questões da autonomia e privacidade do adolescente estão presentes no artigo 154 do Código Penal (BRASIL, 1940): “revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão”. Em caso de incapacidade para tal ou de se tratar de menor de 12 anos, o direito é de quem mantém a guarda do menor, questão de Direito Civil.

O artigo 3º do Código Civil (Id., 2002a) estabelece que os menores de 16 anos são “absolutamente incapazes”, ou seja, são sujeitos de direitos, porém, devido à idade, não atingiram o discernimento para distinguir o que podem ou não fazer, o que lhes é conveniente ou prejudicial. Portanto, podem expressar sua vontade, mas não têm o poder decisório que cabe a seu responsável legal.

O artigo 4º estabelece que os indivíduos menores de 18 e maiores de 16 anos são “relativamente incapazes”, ou seja, o exercício de seus direitos se realiza com sua presença, exigindo, apenas, que sejam assistidos por seus responsáveis. Portanto, suas decisões devem ser referendadas pelo responsável legal.

Divergências entre os pais

Situação até frequente entre pacientes menores refere-se a divergências entre os pais, em especial, aqueles separados e de cuja guarda é compartilhada. Tal assunto motivou resposta do Departamento Jurídico do Cremesp, que no Parecer-Consulta 156.454/2011 (CREMESP, 2011d), opinou que, quando a criança ou o adolescente possuir discernimento ou não há risco na ausên-

cia de revelação, cabe ao médico zelar pelo segredo profissional, protegendo a intimidade da criança perante ambos os genitores, e não somente àquele que não possuir a guarda.

Diferente circunstância, já mencionada neste capítulo, é aquela em que a criança não conta com capacidade de discernimento. Ainda em relação ao segredo profissional, existem situações em que a revelação aos pais serve para a proteção da criança ou do adolescente.

Nesses casos, o médico deve quebrar o sigilo para ambos os genitores e, se possível, de forma conjunta, evitando-se assim qualquer discussão a respeito. Diante de conflito, o profissional não deve tomar partido e ser envolvido em eventual pendência judicial relacionada aos pais da criança e a respectiva guarda, primeiro, por não fazer parte desta relação processual e, segundo, para preservar o próprio menor.

A questão da guarda judicial envolve uma relação de Direito Civil e tem consequências nesta seara, tanto para a criança quanto para os pais, não refletindo diretamente no campo da ética médica, exceto se houver ordem judicial expressa, direcionada ao médico, que o impeça de revelar segredo para algum dos genitores.

O médico deve ser e estar preparado ainda para situações em que pais ou responsável legal exijam procedimento na criança e adolescente, à revelia deles, como, por exemplo, averiguar a virgindade de uma jovem.

Vale lembrar os seguintes artigos do Código de Ética Médica (CFM, 2009):

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 e 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.

Acompanhamento psiquiátrico

Por vezes, a psiquiatria demanda situações relacionadas à perda da autonomia.

A internação psiquiátrica de crianças e adolescentes é juridicamente pos-

sível desde que condições especiais sejam respeitadas. Por exemplo, veda-se a permanência desses pacientes em leitos hospitalares psiquiátricos situados na mesma área que abriga adultos (quarto, enfermaria ou ala) e, mesmo a convivência em atividades recreativas ou terapêuticas em ambientes comuns.

Porém, poderá haver exceções a essa regra, quando forem indicadas pelo médico. Ocorrendo, deverão ser devidamente registradas em laudos, como providências úteis ao tratamento em si, sob o ponto de vista do estrito interesse da saúde do paciente (criança e do adolescente), e desde que haja a prévia autorização de quem de direito (do responsável, na internação voluntária ou involuntária, ou do Juiz de Direito, na internação compulsória).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990a) deixa claro que tal como o adulto e de acordo com parecer médico, tal tipo de paciente pode ser submetido a internação involuntária, definida como “aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro”, e internação compulsória, “a determinada pela justiça”.

Art. 98. As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados [...]. Em razão da conduta praticada pela própria criança ou adolescente [...]. Art. 101. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

V – requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;

VI – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;

Internação voluntária

A pessoa que solicita ou consente voluntariamente a própria internação, devendo assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término da internação se dá por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico responsável.

Uma internação voluntária pode, contudo, se transformar em involuntária ou compulsória, e o paciente, então, não poderá sair do estabelecimento sem a prévia autorização médica (CREMESP, 2011a).

Internação involuntária

Geralmente são os familiares que solicitam a internação do paciente, mas é possível que venha de outras fontes – desde que venha por escrito e avaliado pelo psiquiatra.

A lei determina que, nesses casos, os responsáveis técnicos do estabelecimento de saúde têm o prazo de 72 horas para informar ao Ministério Público do Estado sobre a internação e os motivos dela. O objetivo é evitar a possibilidade de esse tipo de internação ser utilizado como cárcere privado.

Internação compulsória

Independentemente da decisão familiar, a internação compulsória é sempre determinada pelo juiz competente, depois de pedido formal, feito por um médico, atestando que a pessoa não tem domínio sobre a própria condição psicológica e física. O juiz levará em conta o laudo médico especializado, as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvação do paciente, dos demais internados e funcionários.

Menor infrator

Consta dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica (CFM, 2009) que “a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza”. O artigo 47, por sua vez, veda ao médico “discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto”. Ou seja, a não diferenciação em atendimentos providos a qualquer pessoa, inclusive, a infratores da lei, menores ou maiores de idade.

Há quem possa argumentar que a recusa ao atendimento de paciente está prevista no artigo 61 do Código “ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desenvolvimento profissional”, entretanto, tal recusa deve ser plenamente justificada em prontuário, logicamente não relacionada a qualquer tipo de discriminação.

Vários pareceres do Cremesp abordaram ética, discriminação e tratamento digno, destinados a adolescentes com liberdade cerceada, encaminhados a tratamento.

Em um deles (CREMESP, 2000), colega questionava como agir frente a menor foragido da Justiça que necessita de internação urgente. Em relação às

ações jurídicas ou policiais que poderão advir da internação, fuge da competência do médico limitá-las ou impedi-las.

Porém, conforme foi lembrado, a preservação do bem maior – a vida ou a sobrevivência do paciente – se impõe ao médico como dever indiscutível. Assim, a indicação dos procedimentos com esse objetivo se sobrepõe a quaisquer outros interesses.

Além do aspecto ético, o médico não pode se recusar a atender o preso, sob pena de ferir direitos assegurados pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), que, em seu artigo 5º dispõe que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza [...]” O mesmo artigo, em seu inciso XLIX, assegura aos presos “o respeito à integridade física e moral”. O artigo 6º prevê que “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”.

Existem situações envolvendo pacientes escoltados e/ou, ameaçados de morte, capazes de aumentar inquietações de equipes de saúde.

Segundo Parecer nº 68.185/2002 (CREMESP, 2002a), em todas as circunstâncias, devem prevalecer os princípios bioéticos da beneficência e da não maleficência, sendo inadmissível que alguém seja discriminado por estar vigiado por escolta policial. No caso de ser obrigatória transferência com o objetivo de proteção pessoal, quem deverá acolhê-la será o serviço que tiver as melhores condições para lhe garantir a segurança necessária – sem prescindir da necessária atenção médico-hospitalar.

Violência contra o menor

Segundo Consulta SN/1988 (CREMESP, 1988), do Cremesp, violência ao menor deve ser comunicada às autoridades: tanto o Código de Ética Médica quanto o Código Penal são instrumentos jurídicos adequados para garantirem segurança física e mental das pessoas, principalmente de menores.

O artigo 13 do ECA (BRASIL, 1990a) estabelece 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”.

Consequentemente, a proteção do paciente pressupõe que este tenha a plena capacidade de entendimento acerca dos fatos ou atos que diretamente dizem respeito a sua saúde física e mental.

De modo que o médico, diante de um caso de violência contra o menor – ou mesmo, suspeita de violência –, deverá encaminhar o assunto, por meio

de relatório circunstanciado, à Vara da Infância e da Juventude (ou autoridade competente), a fim de que as providências legais sejam tomadas em defesa do menor, agredido física ou mentalmente. Isso inclui hipóteses de violência sexual, aconselhando a prática do aborto terapêutico se a situação, no caso concreto, assim o exigir.

Em situações especiais em que o adolescente recorrer ao princípio de autonomia e/ou a seu direito ao sigilo, o médico deve esgotar todos os recursos possíveis, antes de tomar posturas que prejudiquem o paciente. Ou seja, antes da comunicação a quem de direito, cabe dedicar momentos para uma profunda reflexão.

Construir uma prática no atendimento à criança e ao adolescente

Criança é esse ser infeliz que os pais põem para dormir quando ainda está cheio de animação e arrancam da cama quando ainda está estremunhado de sono.

Millôr Fernandes

Ocorreram transformações marcantes nas relações interpessoais nas últimas décadas. Avanços tecnológicos permitiram um acesso mais universal à informação e ao conhecimento, desencadeando a necessidade de redefinições das fronteiras e dos territórios da atuação individual e coletiva.

A velha relação paternalista de poder é substituída paulatinamente pela participação ativa do sujeito na construção da própria vida, agregando às relações o respeito às diferenças e o direito à autonomia. O resultado dessas mudanças é o emergir de grupos antes mantidos na invisibilidade e que passam a lutar pelo direito de serem ouvidos nas decisões familiares e coletivas, com demandas éticas e de direito crescentes, sobre o papel das mulheres, das crianças, dos adolescentes, dos incapazes, dos gêneros etc.

Construir relações que permitam um exercício equilibrado da tutela e da liberdade exige transformações educacionais e sociais profundas, que estimulem e ousem na reflexão e no saber das questões pertinentes à diversidade e à tolerância, e que formem sujeitos aptos a decidir e com consciência dos riscos de suas decisões, portanto, esclarecidos na direção de uma maioria racional e do exercício de uma autonomia responsável.

Podemos dizer que seguimos na direção desse esclarecimento, mas não somos ainda esclarecidos o suficiente. A desconstrução de práticas de poder envolve a utilização de estratégias e táticas nem sempre conscientes, o que levanta conflitos e provoca a sociedade quanto à necessidade de novas regulamentações, como a ocorrida nas questões relacionadas às crianças e aos adolescentes.

Qual o limite entre o dever de cuidar e o direito do exercício da autonomia da criança e do adolescente? A resposta à pergunta incita novos conflitos e novas questões humanas e éticas a serem enfrentados. O assunto não é novo, a Declaração dos Direitos da Criança, em

1959, adotada na Assembleia das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1959, baseia-se no enunciado da Declaração dos Direitos da Criança em Genebra, de 1924. Sessenta e cinco anos após a primeira provocação, de 1989, a Organização das Nações Unidas formalizou a Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificando também os direitos à juventude.

Ao afirmarmos que a criança não é um ser humano imaturo física e mental, que precisa de proteção e cuidados especiais, inclusive proteção legal apropriada, mas um ser humano em desenvolvimento, especialmente vulnerável, mas dotado de uma capacidade progressiva, igual em dignidade ao adulto, sujeito ativo na construção de seu futuro numa relação intersubjetiva com os pais, titular dos direitos fundamentais, trocamos a educação baseada na autoridade pela que prioriza uma relação onde o gerenciamento de conflitos e a redefinição de territórios de atuação dos envolvidos permita à criança e ao adolescente uma inclusão social participativa, possibilitando um desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade, ao jovem, como preconizado no artigo 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente, da Lei 8.069/1990 (BRASIL, 1990a).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1986) estabelece que a infância é o período que vai de zero aos dez anos, enquanto a adolescência, dos dez aos dezenove. No Brasil, tal direito é contemplado na Constituição de 1988 que preconiza a igualdade entre os filhos e promulgou o Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, que considera para efeitos da lei como criança até doze anos e adolescente dos doze aos dezoito anos, dando absoluta prioridade, no dever da família, da sociedade e do Estado, à criança, ao adolescente e ao jovem, assegurando-lhes o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, bem como protegê-las de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, zelando pelos menores.

O estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990a) em seu artigo 3º reconhece todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana à criança e ao adolescente, sinaliza em seu art. 6º para a peculiaridade desse grupo, no art. 17 preza a inviolabilidade da integridade da criança e do adolescente, incluindo a

preservação da autonomia, valores, ideais e crenças, e no art. 18 proclama que é dever de todos zelar por sua dignidade, levando-nos a entender que, em caso de solicitação de respeito ao sigilo, este deverá ser acatado.

Art. 3º (ECA) A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata essa lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar os desenvolvimentos físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Art. 17 (ECA) O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideais e crenças, dos espaços e objetos pessoais.

Art. 18 (ECA) 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.

A autonomia é um construto complexo e contínuo, com múltiplas variáveis, como idade e sexo, está associada ao bem-estar psicológico, é influenciada pelos estilos e nível educacional dos pais, pelo contexto sociocultural, o que levanta uma dificuldade concreta: como afirmar que uma criança ou adolescente, que passa por um momento onde ocorrem transformações profundas, emocionais, culturais e corporais, com novas reflexões sobre orientação sexual, religiosa e quanto ao direito à privacidade, sem contar ainda com o agravamento da violência e da exploração e discriminação social, está exercendo sua autonomia ou apresenta capacidade de regular o próprio comportamento ou de pensar de forma independente? Como se desenvolve a autonomia e como definir o momento que a criança “torna-se um sujeito” capaz de se responsabilizar por seus atos?

Definir em lei a faixa etária em que direitos devem ser respeitados pode servir ao universal, mas não elimina situações particulares como a de um menor de 12 anos com claras sinalizações para exercer sua autonomia ou de um adolescente cuja avaliação de tal condição nem sempre é fácil. Como médicos, nossa formação aponta para uma postura mais humana além de técnica, o que muitas vezes dificulta

tomadas de decisão focadas apenas em determinações legais; ainda mais em território tão complexo quanto o apresentado.

Não bastassem as dificuldades antes assinaladas, um encontro fortuito em um consultório ou pronto-socorro poderá não ser suficiente para o profissional concluir se uma pessoa é capaz e responsável para assumir todas as informações e orientações que o momento exige.

Como percebemos, a construção de uma prática para atender crianças e adolescentes está longe de um fim, a negociação continuará, sua dinâmica exigirá posicionamentos jurídicos constantes quanto aos direitos e aos deveres, definições de fronteiras e territórios, não apenas na relação familiar, mas expandindo-se para as questões de direitos civis. Enfim, transitamos por terreno em processo de construção, demandará tempo para que acomodações ocorram de um modo mais consensual e universal.

A mensagem possível é que o profissional, em seu exercício junto a essa população, deverá manter-se o mais distante possível de julgamentos morais ou valorativos, permitindo um encontro humano e acolhedor, propício a decisões conjuntas e harmônicas, sempre pronto ao compartilhamento entre os envolvidos, devendo estar atendo às mudanças pelas quais a sociedade passa e que reflete nas normatizações legais relacionadas ao tema.

Filmes relacionados

Cria Cuervos

Ano: 1976

Direção: Carlos Saura

Gênero: Drama

Origem: Espanha

Sinopse: Mulher acreditava que aos 9 anos tinha o poder de vida e morte sobre seus familiares.

Minha vida de cachorro

Direção: Lasse Hallström

Ano: 1985

Gênero: Drama, comédia

Origem: Suécia

Sinopse: A vida pelo olhar de uma criança de 12 anos.

Alemanha ano zero

Direção: Roberto Rossellini

Ano: 1947

Gênero: Drama

Origem: Itália

Sinopse: Clássico do neorrealismo italiano. Filmado em Berlim pós-guerra. A saga de um menino de família muito pobre que trabalha para sustentar o pai doente.

As 200 crianças do Dr. Korczak

Direção: Andrzej Wajda

Ano: 1990

Gênero: Drama

Origem: Polônia, Alemanha, Reino Unido

Sinopse: História do pediatra e educador polonês Janusz Korczak que protege e educa 200 crianças judias no gueto de Varsóvia, onde elas se autogovernavam.

O garoto selvagem

Direção: François Truffaut

Ano: 1970

Gênero: Drama

Origem: França

Sinopse: Em 1798 três caçadores encontram nas cercanias de Aveyron um garoto de 11 ou 12 anos em estado selvagem. O médico Itard cuida da criança que recebe o nome de Victor.

Central do Brasil

Direção: Walter Salles

Ano: 1998

Gênero: Drama

Origem: Brasil, França

Sinopse: Dora escreve cartas para analfabetos na Estação Central do Brasil. Conhece um menino de nome Vinicius que perdera a mãe atropelada. Resolve ajudá-lo a encontrar o pai que nunca conheceu, no interior do Nordeste.

Leitura complementar

Morte e vida Severina: auto de Natal pernambucano

João Cabral de Melo Neto

Começam a chegar pessoas trazendo presentes para o recém-nascido

Minha pobreza tal é

que não tenho presente melhor:

Trago papel de jornal

Para lhe servir de cobertor;

Cobrindo-se assim de letras

Vai um dia ser doutor.



*Ninguém é tão velho que não espere
que depois de um dia não venha outro.*

Sêneca, filósofo e escritor

*O ancião merece respeito não pelos cabelos brancos ou pela idade,
mas pelas tarefas e empenhos, trabalhos e suores do caminho
já percorrido na vida.*

Textos judaicos, por Rabi Yaacov ben Shimon

Envelhecer ainda é a única maneira que se descobriu de viver muito tempo.

Charles Saint-Beuve, crítico literário francês

Assistência ao paciente idoso

Situações frequentes

- *Idade do paciente idoso*
- *Discriminação ao idoso*
- *O médico e o direito do idoso a acompanhante*
- *Prioridade de atendimento*
- *Instituições de longa permanência*
- *Idosos submetidos a maus tratos*
- *Autonomia*

Idade do paciente idoso

Segundo a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) por “idosos” entende-se aqueles com idade igual ou superior a 60 anos.

Porém, em suas justificativas o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) pondera que “não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo”.

Discriminação ao idoso

É de extrema importância para a convivência e apoio ao idoso, por parte dos profissionais da saúde, o artigo 230 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) que “veda a discriminação em razão da idade, assegurando ao idoso especial proteção, incumbindo à família, à sociedade e ao Estado o dever de

assegurar sua participação na comunidade, bem como defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo o direito à vida”.

Também na Constituição, fica proibida a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

Reforçando, o Código de Ética Médica (CFM, 2009) indica, em seus Princípios Fundamentais, ser a Medicina uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e que será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

O médico e o direito do idoso a acompanhante

Não é necessário ser geriatra ou gerontologista para que um médico conheça – e defenda – os direitos da pessoa idosa em ambientes hospitalares. Muito ao contrário: espera-se a participação ativa de todos os profissionais da saúde na garantia desses direitos.

O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) assegura, inclusive quando internado, o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a permanência dessa pessoa em tempo integral. Por isso, caberá “ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito”.

Prioridade de atendimento

Em consulta ao Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB), que originou o Parecer nº 43/2009 (CREMEB, 2009b), a médica questiona se o idoso tem prioridade de atendimento, e como resolver a situação em que dois ou mais idosos e seus familiares exigem atendimento prioritário.

Em sua resposta, o CREMEB recorre ao Estatuto do Idoso ao destacar ser direito dessa população o “atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados, além de prestadores de serviços à população”.

Porém, na situação especificada envolvendo mais de um idoso a ser atendido em seu próprio consultório – ou em outras, que abarcam outras pessoas com direito a atendimento preferencial, como crianças, gestantes e portadores de deficiências – deve-se lembrar que apenas o médico detém o conhecimento necessário para essa avaliação de prioridade.

“O médico deve levar em consideração não apenas o rol estabelecido legalmente, mas também o caso concreto, nunca perdendo de vista o bem-estar

e a saúde de seus pacientes, de acordo com os princípios e normas vigentes no Código de Ética Médica”.

Quando o número de consultas disponível for o máximo da capacidade do profissional e da clínica, as ações não devem subverter a ordem de funcionamento, exceto em casos de urgência/emergência.

Em relação a essa questão, o CREMEB aponta: “ao falar em prioridade, o Estatuto do Idoso o faz com a lógica de respeitar a ordem dos fatos”. Imagine-mos a confusão que seria a recepção de um consultório de geriatria, não fosse a questão de prioridade consequência da análise da situação pontual e não apenas da idade.

Instituições de longa permanência

Pela legislação atual, nas chamadas instituições de longa permanência (“asilos”) não é obrigatória a presença de médico responsável, portanto, não há necessidade de registro no Conselho de Medicina. Caberá ao Conselho do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros previstos em leis fiscalizar as entidades governamentais e não governamentais de atendimento a esse grupo.

Passando a ocorrer atuação médica no local, haverá a obrigatoriedade de registro no Conselho Regional de Medicina, assim como deverá o profissional ter conhecimento de sua responsabilidade quanto a informar a seu Conselho, ou mesmo à Autoridade Policial, Ministério Público, Vigilância Sanitária e Conselho do Idoso, inadequações e irregularidades que por ventura possam prejudicar a assistência prestada a eles, devendo-se lembrar que onde há atuação médica, o profissional, antes de atuar no local, deverá se informar do devido registro no Conselho de Medicina.

Apesar de a lei não contemplar a necessidade de médico nessas instituições, deve-se estimular aquelas que por iniciativa própria contam com os serviços desse profissional.

Deve-se chamar atenção para questões que podem ocorrer nesses ambientes e que ferem o Código de Ética Médica (CFM, 2009), como a prática de atos exclusivos da profissão médica por profissionais de outras áreas ou mesmo leigos (art. 2º), o acumplicimento com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições nas quais se praticam atos ilícitos (art. 10) ou permitir que interesses outros além do idoso interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade (art. 20).

Havendo atuação médica, é de responsabilidade do médico o respeito ao sigilo profissional (art. 85) e a elaboração de prontuário legível para cada paciente (art. 87), assim como a necessidade de colaborar com as autoridades sanitárias e respeitar a legislação pertinente (art. 21).

Idosos submetidos a maus tratos

O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) define como violência contra o idoso “qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico”.

Em seu art. 6º é taxativo: todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta Lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento. Essa responsabilidade aumenta em relação aos médicos, considerando-se que nos Princípios Fundamentais de seu código profissional assevera: II - 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.

No estudo Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica (SALIBA; GARBIN; GARBIN; DOSSI, 2007), publicado em 2007 pela Revista de Saúde Pública, aponta que os reflexos da violência entre vulneráveis – inclusive, idosos – são “nitidamente percebidos no âmbito dos serviços de saúde, seja pelos custos que representam, seja pela complexidade do atendimento que demandam”.

Dessa maneira, esse setor tem importante papel no enfrentamento da violência familiar. “Todavia, os profissionais dessa área tendem a subestimar a importância do fenômeno, voltando suas atenções às lesões físicas, raramente se empenhando em prevenir ou diagnosticar a origem das injúrias”.

De acordo com os pesquisadores, esse fato pode estar relacionado à falta de preparo profissional, ou simplesmente à decisão de não se envolver com os casos, motivados por sua tendência a compreender “a violência doméstica como problemática que diz respeito à esfera da Segurança Pública e à Justiça, e não à assistência médica”.

Conforme o estudo, a maioria das disciplinas da saúde não contempla em seus currículos e programas de educação continuada à formação e ao treinamento dos aspectos relacionados com a violência. Por isso, “profissionais de saúde não se encontram preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas”.

Nesse ponto, o Estatuto do Idoso é muito esclarecedor, recomendando que os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra ido-

sos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; Ministério Público e conselhos, municipal, estadual e nacional do Idoso.

Conforme esse trabalho, o Código de Ética Médica traz em seu VI Princípio Fundamental o dever que o médico tem de preservar a dignidade e integridade do seu paciente, ao determinar que o médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

Contudo, a legislação deixa mais evidente essa obrigação no art. 25, do Código de Ética Médica, que proíbe ao profissional de 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.

Nota-se que a maior preocupação do art. 25 é quanto à omissão, ou seja, o pactuar com a situação de brutalidade. Entretanto, tão importante quanto a identificação da violência é sua denúncia, o que geralmente não é concretizado.

Autonomia

A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002).

Para tanto é importante entender que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo. Também será necessário vencer preconceitos e discutir mitos arraigados culturalmente. Os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens. A promoção à saúde não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias, ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades.

Então, segundo a ONU, um envelhecimento bem-sucedido pode ser entendido a partir de seus três componentes: menor probabilidade de doença, alta capacidade funcional física e mental, e engajamento social ativo com a vida.

Além disso, o próprio Estatuto do Idoso garante a pessoas com mais de

60 anos no domínio de suas faculdades mentais o direito de *optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável*.

Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita pelo curador, quando o atendido for interditado; pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil; pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar; quando não houver curador ou familiar conhecido, cabe ao próprio médico, ou da instituição onde atua, comunicar o fato ao Ministério Público.

Para ilustrar as situações que envolvem a autonomia do idoso, vale abordar o caso concreto, que foi tema de parecer do Conselho Regional de Medicina da Bahia CREMEB nº 14/2009 (CREMEB, 2009a), no qual o médico solicita orientação, após atender uma paciente de 78 anos, sozinha, lúcida, esclarecida, com nódulo na mama altamente suspeito de malignidade, que necessitava de confirmação do diagnóstico para definir conduta.

A despeito dos seus esforços não conseguiu convencê-la a realizar exames para confirmação do diagnóstico. Ela revelou que não iria se tratar, saindo agradecida do consultório, pelas explicações e com as solicitações de exames. “A impressão dada é que não contaria nada a ninguém sobre a gravidade da suspeita e também não retornou a consulta”, diz o colega, que questiona: “devo procurar o telefone em prontuário e entrar em contato com algum familiar?”

O sigilo médico profissional é dever inerente ao desempenho da profissão médica, caracterizando a sua violação, infração ética, penal e mesmo civil.

Responde o CREMEB: “Entendendo que, sendo a paciente autônoma, a infração de quebra de sigilo profissional não ter caráter de risco para a comunidade, ou mais, por não ter motivos relevantes e estado de necessidade não deve haver quebra do sigilo”.

Logicamente, respeitada a autonomia da paciente e o sigilo, o médico deve esgotar todas as tentativas no sentido de sensibilizá-la quanto à melhor conduta a ser tomada, mas sem invadir seu direito de decisão. Uma boa relação entre profissional e paciente poderá reverter a decisão ou mesmo compactuar da necessidade do apoio de um familiar ou de um amigo próximo, preservando assim o direito de livre escolha.

Na impossibilidade de convencimento, deverá o médico registrar as informações em prontuário, sem dar a esse registro um caráter de coerção.

Outro parecer sobre autonomia do idoso foi emanado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná (Parecer-Consulta nº 2342/2011 (CRM-PR, 2011), no qual um grupo de médicos que pretende traçar diretri-

zes internas de determinada instituição sobre limitações de tratamentos em fase final de vida (envolvendo ventilação mecânica, cirurgias, UTI etc.) pergunta: “É ético e necessário estabelecer esse tipo de conversa diretamente com pacientes idosos e problemas graves de saúde? Seria necessário a família estar presente, quando paciente puder compreender e assinar um termo especificando quais seriam seus desejos, caso estivesse em situação gravíssima?”

À primeira pergunta a resposta é que “Sim, com certeza se deve fazer o questionamento com o paciente, se o idoso for legalmente capaz e estiver em condições mentais de entender e tomar a decisão”; à segunda, que “Pelo estatuto do idoso, no seu artigo 17 acima referido, não existe esta obrigatoriedade, porém a família é a responsável pelo idoso quando este não tem mais capacidade de tomada de decisão. Nos casos de idosos interditados o curador é o responsável por este ato”.

Sou velho, mas não sou caduco...

Até que, um dia, eu estava repousando, no claro estar, em rede de algodão rendada. Alegria me espertou, um pressentimento. Quando eu olhei, vinha vindo uma moça, Otacília.

Meu coração rebateu, estava dizendo que o velho era sempre novo. Afirmando ao senhor, minha Otacília ainda se orçava mais linda, me saudou com o salvável carinho, adiante de amor. Ela tinha vindo com a mãe. E a mãe dela, os parentes, todos se praziam, me davam Otacília, como minha pretendida.

João Guimarães Rosa – Grande Sertão Veredas

Quantas vezes, na prática diária, ouve-se um idoso dirigir essa afirmativa a um familiar que, durante uma consulta, resolve interrompê-lo ou questionar sua opinião ou decisão?

A institucionalização da idade através da divisão cronológica da vida é recente, consequência dos novos conhecimentos das ciências, e que passou a determinar a inclusão ou a exclusão do indivíduo, segundo particularidades correspondidas entre os componentes de um grupo, nos interessando aqui o formado por pessoas com idade superior ou igual a 60 anos.

Essa divisão logicamente não é aleatória, tem raízes na percepção das modificações biológicas e psicológicas que vão ocorrendo ao longo da vida e da relação do sujeito com as práticas sociais laborativas possíveis, o que permite a execução de políticas públicas direcionadas a esse grupo.

Estamos a envelhecer desde o nascimento, mas é a partir dos 60 anos que o processo passa a ocorrer de modo mais acentuado.

Uma sociedade com seu olhar na racionalidade e no progresso, uma economia atuada com a emoção e o entusiasmo direcionados à retenção e ao acúmulo de bens, não verá com simpatia essa fase do envelhecimento.

Dentro de um processo histórico em que o corpo é cada vez mais anulado e com domínio das coisas sobre os homens, com uma desumanização crescente, o idoso será olhado com certa intolerância, não apenas pela “menor valia” produtiva, mas também pelo aumento de gastos com a manutenção de sua saúde, tanto pela família quanto pela sociedade como um todo. O idoso passa a ser na sociedade moderna

o inverso da euforia de inovação, ele é o velho, o que pode ser descartado – nem mesmo reciclado.

Terreno fértil para uma intolerância que leva a sociedade, principalmente nos países sem uma economia sólida, a se utilizar de mecanismos sutis de discriminação, como a burocracia da aposentadoria, dos asilos como depósito de gente e não de assistência, da negligência do Estado, da recusa em aceitar seu direito à autonomia e da má-fé, e mesmo de pesquisas cujo foco são as doenças incapacitantes e a incompetência cognitiva do velho.

A população idosa aumenta enquanto grupo social e há necessidade de políticas públicas que possam garantir uma vida decente aos idosos, uma assistência à saúde adequada e uma possibilidade de morte digna, o que exige planejamento e estratégias adequadas dirigidas a esta faixa etária.

O médico não pode estar mergulhado nesse social de “melhor valia”, seu foco deve ser sempre o humano, atuando contra práticas discriminatórias, atento às possibilidades de maus-tratos dirigidas ao idoso, principalmente aquelas sutis, que não deixam marcas no corpo, mas dilapidam o psicológico.

O profissional não pode tolerar ambientes de assistência que coloquem em risco a vida do idoso ou despreze sua dignidade e seu direito à autonomia, é nossa obrigação tratar o outro como um Ser, nosso olhar deve estar dirigido ao humano, para isso fomos formados.

Na atuação diária do médico com idosos é importante, para que um vínculo forte ocorra, reconhecer que diante dele estará alguém com uma história de vida bem particular, um observador astuto e, muitas vezes, exigente quanto a seu direito à autonomia e à transparência sobre seu estado de saúde. Intolerante, às vezes? Com certeza, os anos de vida conferem a ele, com certeza, esse direito.

Deve-se evitar, principalmente em um primeiro contato, tratar o idoso como uma criança ou com excesso de diminutivos, o uso de palavras que na aparência, e somente nela, dê a ideia de proximidade ou intimidade, como “tio”, “tia”, “vô” e “vó”, muitos idosos não gostam de serem tratados assim.

Nunca é demais lembrar que o idoso pode ter suas funções fisiológicas modificadas pela idade, mas elas encontram-se presentes e não devem ser omitidas pelo médico ao realizar a anamnese. O idoso come, dorme, pratica exercícios, tem necessidade de amar e ser amado, e de conversar sobre essas questões.



No mais, quem opta por atender essa faixa etária será sempre surpreendido com histórias reais de grande valor, muitas vezes, que os próprios familiares desconhecem.

Filmes relacionados

Morangos silvestres

Direção: Ingmar Bergman

Ano: 1957

Gênero: Drama

Origem: Suécia

Sinopse: Isak Borg (Victor Sjöström), professor de Medicina, durante viagem de carro até a universidade que lecionou para receber uma homenagem, recorda de seu passado.

Nebraska

Direção: Alexandre Payne

Ano: 2013

Gênero: Drama, comédia

Origem: Estados Unidos

Sinopse: Woody Grant (Bruce Dern), um homem idoso que acredita ter ganhado um prêmio de U\$ 1 milhão decide ir buscar o prêmio a pé até a distante cidade de Lincoln, em Nebraska. Seu filho resolve levá-lo de carro.

Era uma vez em Tóquio

Direção: Yasujiro Ozu

Ano: 1972

Gênero: Drama

Origem: Japão

Sinopse: Casal de idosos decide visitar filhos em Tóquio, mas eles estão muito atarefados e não têm tempo de dar atenção.

Viver

Direção: Akira Kurosawa

Ano: 1952

Gênero: Drama

Origem: Japão

Sinopse: Idoso ao descobrir que está com câncer no estômago resolve dar um sentido à sua vida.

Harry, o amigo de Tonto

Direção: Paul Mazursky

Ano: 1974

Gênero: Comédia dramática, aventura

Origem: Estados Unidos

Sinopse: Harry (Art Carney), um professor aposentado, é forçado a deixar seu apartamento que será demolido.

Inicia uma viagem com seu gato Tonto em busca de um lugar.

Cerejeiras em Flor

Direção: Doris Dörnie

Ano: 2008

Gênero: Drama – comédia – romance

Origem: Alemanha

Sinopse: Trudi (Hannelore Elsner) descobre que seu marido é portador de uma doença grave. Sugere que ambos visitem os filhos em Berlim, omitindo a doença do pai.

A última gargalhada

Direção: Friedrich Wilhelm Murnau

Ano: 1924

Gênero: Drama

Origem: Alemanha

Sinopse: O novo gerente do Hotel Atlantis de Berlim considera o idoso porteiro incapaz para a função e o rebaixa para criado do banheiro masculino.

O filho da noiva

Direção: Juan José Campanella

Ano: 2002

Gênero: Comédia dramática

Origem: Espanha – Argentina

Sinopse: Rafael Belvedere (Ricardo Darín), 42 anos, está em crise pessoal e profissional. Raramente visita sua mãe que está perdendo a memória. Acaba sofrendo um infarto e encontra um amigo que o ajuda a encarar a vida de outra maneira.

Gran Torino

Direção: Clint Eastwood

Ano: 2008

Gênero: Drama, Suspense

Origem: Estados Unidos

Sinopse: Walt Kowalski (Clint Eastwood), veterano de guerra da Coreia, tem sua vida alterada quando vizinhos imigrantes, vindos do caos, vêm morar a seu lado. Pessoa ressentida e desconfiada de todos deseja apenas passar o que resta de sua vida em paz.

História real

Direção: David Lynch

Ano: 1999

Gênero: Drama

Origem: Estados Unidos, França, Reino Unido

Sinopse: Retrato lírico da viagem de um homem pelo coração da América e das pessoas com quem encontrou no percurso.

Leitura complementar

Por quem os sinos dobram

John Donne

“Nenhum homem é uma ilha; cada homem é uma partícula do continente, uma parte da terra; se um torrão é arrastado para o mar, a Europa fica diminuída, como se fosse um promontório, como se fosse a casa dos teus amigos ou a tua própria; a morte de qualquer homem diminui-me, porque sou parte do gênero humano. E por isso não perguntes por quem os sinos dobram; eles dobram por ti”.



Triste época! É mais fácil desintegrar um átomo do que um preconceito.

Albert Einstein

*O medo é um preconceito dos nervos.
E um preconceito, desfaz-se – basta a simples reflexão.*

Machado de Assis

O médico perante a diversidade sexual

Situações frequentes

- *O que é diversidade sexual?*
- *Discriminação no atendimento em saúde*
- *Atendimento clínico e cirúrgico a transexuais*
- *Reprodução assistida a casais homossexuais*
- *Tratamento de fertilidade para homossexuais*
- *Nome social*

O que é diversidade sexual?

Consta na cartilha *Diversidade Sexual e a Cidadania LGBT* (SÃO PAULO, 2014), do governo do Estado de São Paulo, que “a sexualidade humana é formada por uma múltipla combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, sendo basicamente composta por três elementos: sexo biológico, orientação sexual e identidade de gênero”. Ou seja, é definida como diversidade sexual as formas de vivência e expressão da sexualidade.

Segundo o texto, o sexo biológico é o conjunto de informações cromossômicas, órgãos genitais, capacidades reprodutivas e características fisiológicas secundárias que distinguem “machos” e “fêmeas”. Há também pessoas que nascem com combinação diferente desses fatores, e que podem apresentar características de ambos os sexos, chamadas de intersexos (GROSSI, 1998).

Por orientação sexual entende-se a atração afetiva e/ou sexual que uma pessoa manifesta em relação à outra, para quem é direcionado, involuntariamente, o seu desejo. Existem três tipos básicos de orientação sexual: heterossexual, homossexual e bissexual. A primeira acontece quan-

do alguém se sente atraído afetiva e/ou sexualmente por alguém do sexo/gênero oposto.

Homossexual (gays e lésbicas) é quem se sente atraído afetiva e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo/gênero. Bissexual: a atração afetiva e/ou sexual é motivada por pessoas de ambos os sexos/gêneros.

Com vistas a distinguir a dimensão biológica da dimensão social foi criado na década de 1970 o conceito de gênero, com o objetivo de reconhecer a diversidade que envolve o modo de o indivíduo se identificar com sua sexualidade, que não depende apenas da anatomia de seus corpos, mas também de uma construção ao longo da vida.

Vale lembrar que hoje a sigla LGBT é utilizada pelo movimento social brasileiro de defesa dos direitos da diversidade sexual, além de entidades governamentais, como conselhos e secretarias, nos três âmbitos da federação. Designa Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, sendo que a menção de L (de Lésbica), como letra inicial, pretende destacar a desigualdade de gênero. Em alguns contextos se adota ainda a sigla LGBTI (que inclui “intersexos”) e, na realidade do país, presume-se que o T englobe as identidades de gênero começadas por essa letra.

A discriminação acontece quando são adotadas atitudes diferenciadas e negativas em relação aos outros, em virtude de sua expressão sexual.

Por exemplo, é comum que pessoas LGBT sofram agressões verbais e físicas, inclusive, no contexto de atenção à saúde. Além disso, há quem seja excluído do convívio familiar; impedido de manifestar afeto em público; e até assassinado em virtude de se sentir atraído afetiva e/ ou sexualmente por alguém do mesmo sexo/gênero que o seu, ou por ter identidade de gênero que não condiz com seu sexo biológico.

Discriminação no atendimento em saúde

Dentre outras normatizações que abordam o atendimento integral em saúde às populações LGBT, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2013), aprovada pela Portaria nº 1.820/2009 (BRASIL, 2009), explicita seu direito ao cuidado, ao tratamento e ao atendimento no âmbito do SUS, livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. Na referida Carta, afirma-se ainda que todas as pessoas tenham o direito de ser identificadas pelo nome que preferirem independente do registro civil.

O Código de Ética Médica (CFM, 2009) proíbe discriminação de qualquer espécie. Por exemplo, o item I dos Princípios Fundamentais esclarece ser a Medicina “uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da cole-

tividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza”. O art. 23 (dos Direitos Humanos) veda ao profissional tratar “o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto”.

Também o médico não pode ser discriminado, como consta nos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica, capítulo sobre o Direito dos Médicos, que lhe garante exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

A Constituição Brasileira possui como um de seus objetivos fundamentais a promoção do bem de todos, sem qualquer espécie de discriminação, conforme o princípio da dignidade da pessoa. Deduz-se assim que a mesma proteção conferida às pessoas que preferem constituir família com alguém do sexo oposto seja destinada àquelas que pretendem com alguém de sexo igual ao seu.

Na verdade, isso expressa autonomia de vontade, que confere ao ser humano a liberdade para dispor da própria sexualidade.

Segue o mesmo raciocínio a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2011), que, entre suas diretrizes, tem os de: oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT; garantir os direitos sexuais e reprodutivos dessa população no âmbito do SUS, bem como o uso do nome social por travestis e transexuais; incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde.

Deve-se, enfim, reforçar a importância da questão na formação dos profissionais da área da saúde.

No entanto, apesar das normas presentes no país para a garantia dos direitos desse contingente, as dificuldades de efetivação são muitas e recorrentes, destaca a pesquisa Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade, publicada em 2011, na revista científica *Sexualidad, Salud y Sociedad* (MELLO; PERILO; BRAZ; PEDROSA, 2011).

Como afirma o autor principal, o sociólogo Luiz Mello, professor da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás (UFG), “apesar da existência de vários projetos, programas e outros compromissos do governo federal relativos ao tema da saúde da população LGBT, o que se pôde constatar, a partir das entrevistas com gestores governamentais e ativistas, é que ainda existem vários obstáculos no tocante à efetividade das propostas do governo”.

Ainda segundo o pesquisador, no âmbito das reflexões sobre acesso da população LGBT a serviços de saúde fundados nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, “note-se que orientação sexual e identidade de gênero não devem ser cogitadas como [...] marcadores sociais únicos”. Isso significa dizer que “o sujeito não pode ser pensado apenas como ‘gay’, ‘lésbica’, ‘bissexual’, ‘travesti’ ou ‘transexual’, já que seu corpo/self conta com muitas combinações possíveis dos atributos raça/cor, classe social e idade”.

Já em seu artigo *Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade*, publicado na revista *Saúde e Sociedade* (LIONÇO, 2008), a pesquisadora Tatiana Lionço, doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, assevera: “o direito à saúde integral para essa população requer o redimensionamento dos direitos sexuais e reprodutivos”.

Para ela, isso implica considerar outros discursos sobre a sexualidade humana como legítimos, inclusive, como ferramenta crítica ao saber/poder que tende a patologizar e medicalizar as diferenças que denunciam a não naturalidade, no humano, dos processos constitutivos e das práticas sociais e relacionais vinculadas à sexualidade.

Atendimento clínico e cirúrgico a transexuais

Resolução nº 208/2009 (CREMESP, 2009c) “dispõe sobre o atendimento médico integral à população de travestis, transexuais e pessoas que apresentam dificuldade de integração ou dificuldade de adequação psíquica e social em relação ao sexo biológico”, vai ao encontro de várias normas nacionais e internacionais.

Para seu estabelecimento considerou, entre outros pontos, a igualdade de todos os cidadãos perante a lei, sem distinção de qualquer natureza; que as ações dos serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), obedecem ao princípio de igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; e a normatização da cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo.

Reprodução assistida a casais homossexuais

Aqui é interessante destacar a opinião do Cremesp, em Parecer-Consulta de número nº 66.812/2009 (CREMESP, 2010a), que deixa claro: “a

união de pessoas do mesmo sexo, que se baseie na afetividade, no respeito mútuo e na estabilidade deve ser aceita como entidade familiar, de acordo com princípios constitucionais”.

Tratamento de fertilidade para homossexuais

Vale a pena ainda trazer a tona a Resolução CFM nº 2.121/2015 (CFM, 2015), que inclui no rol de pacientes elegíveis a reprodução assistida pessoas em relacionamentos homoafetivos, respeitado o direito a objeção de consciência do médico.

Indo por esse caminho, o Cremesp respondeu positivamente pareceres afeitos ao tema, que chegaram a Câmaras Técnicas como as de Bioética e Reprodução Assistida (RA).

Entre outros, os textos envolvem a possibilidade de uma parceira ceder óvulos para a reprodução com doação anônima de esperma e, depois, o embrião resultante ser implantado no útero da outra parceira (para dar-se a conotação afetiva da “existência de duas mães”), até dois homens “misturarem” os tubos de sêmen, não identificados, para a concepção de filho gerado por doadora temporária de útero, garantindo, assim, a confidencialidade do pai – que pode ser qualquer um dos parceiros.

Essa questão chegou ao Conselho, quando um especialista de RA questionava se é permitido proporcionar o chamado de “mix de espermatozoides”, de modo a atender a vontade de casal homoafetivo masculino de usar o material para fertilizar óvulos doados, em embrião a ser gerado por útero de substituição.

Pareceres das Câmaras Técnicas Interdisciplinares de Reprodução Humana e de Bioética da Casa não vislumbraram impedimentos à prática. No Parecer-Consulta nº 26.126/2014 (CREMESP, 2014a), elaborado conjuntamente após discussões em ambos os âmbitos, foi apontada a prevalência da paternidade “afetiva” em comparação a “biológica”, isto é, a primazia da afetividade da relação, e não dos aspectos biológicos dela decorrentes – seguindo, aliás, a tendência jurídica no País.

Ao admitir o uso da RA a relacionamentos homoafetivos, diz o texto, os médicos adotam a posição tomada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) de “reconhecer os direitos desses casais à instituição de entidade familiar”. No âmbito da Câmara Técnica de Bioética levantou-se ainda que seria de se esperar que casais homoafetivos masculinos desejassem o mesmo permitido aos femininos, isto é, criar um vínculo de dupla paternidade, só obtido por meio “do sigilo da paternidade biológica”.

Porém, durante os trâmites para a elaboração conjunta desse parecer, nas

duas instâncias apareceram pontos que continuam ainda abertos à reflexão.

Entre eles figuram o direito de o produto da concepção (o filho) saber de quem foi o material genético que lhe deu origem. Ainda não há uma definição. Existem ainda os que aleguem ainda que a prática de não identificar o sêmen dos dois doadores antes da escolha por um incide em “falsa impressão de anonimato aos envolvidos”, já que ficará registrada a paternidade na clínica em que os embriões resultantes da reprodução assistida permanecerão acondicionados.

Dificuldades de interpretação sobre RA ocorrem, entre outros motivos, porque no Brasil não há legislação específica. Projetos tramitam no Congresso Nacional, mas nenhum chegou a termo. Isso faz que as opiniões baseiem-se em normas deontológicas – no caso, na Resolução CFM Nº 2.121/2015 (CFM, 2015), que adota as normas éticas para a utilização das técnicas de RA.

Nome social

Nome social é o prenome adotado por travesti e transexual, que corresponde à forma pela qual se reconhece, se identifica, é reconhecida.

Na maioria dos casos, a mudança é condicionada à existência de laudo médico e/ou realização de terapia hormonal/cirurgia, pois ainda não há no Brasil lei que determine e garanta a retificação de prenome e sexo no registro civil.

Nesse sentido, o Cremesp ratifica a posição da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), ao sugerir norma relativa a médicos travestis e transexuais quanto a registrar seu nome profissional no documento profissional, postura que ainda está sendo discutida entre as entidades médicas.

Dispor da sexualidade é um direito individual

Somos Iguais

Eu tenho tudo o que você precisa

E mais um pouco

Nós somos iguais

Na alma e no corpo.

Cazuza

As transformações ocorridas no pós-guerra, dos movimentos de liberação sexual e das discussões referentes à diversidade em todos os seus tons retiraram da invisibilidade um tema até então mantido como tabu, mas ainda encontramos reações evasivas e sarcásticas quando o assunto é tocado. Avançamos, mas ainda há muito terreno a ser percorrido para que o direito individual de dispor da própria sexualidade seja respeitado.

O mesmo movimento encontra-se na formação universitária. Como o ocorrido com a inclusão da morte no currículo médico, começamos a retirar da invisibilidade e negação questões relacionadas com sexualidade. A universidade deve ajudar o aluno a refletir sobre a questão, preparando-o para atuar na diversidade sem preconceitos, não o deixando à mercê de um possível aprofundamento no assunto no decorrer de sua vida.

Logicamente, a diversidade existe entre alunos e profissionais, sendo a formação o momento ideal para que se criem laços de respeito entre os diferentes modos de se dispor da sexualidade, rompendo com a situação atual em que profissionais que agem e pensam diferentes sintam-se pouco à vontade para conversar sobre isso em seu ambiente de trabalho.

Certas especialidades, como a de moléstias infecciosas, aproximaram-se mais da temática em função do aparecimento da AIDS que atingiu em seu início mais o grupo gay, de travestis, transexuais e HSH (homens que fazem sexo com homens), mas, mesmo assim, houve uma estigmatização preconceituosa dessa população e que permanece em maior ou menor grau enraizado na sociedade até hoje.

O reconhecimento de orientação sexual e identidade de gênero como direito humano e o combate à homofobia não pode escapar do preparo do profissional médico, é sua obrigação humana como cui-

dador. Não é seu papel julgar ou discriminar a orientação sexual e a identidade de gênero de quem quer que seja, mas de acolher e cuidar. Não devemos permitir que a hipocrisia e a omissão alicerçadas no silêncio condenem minorias à invisibilidade, dentro e fora da universidade.

Algumas situações levam a concluir pelo despreparo profissional. Manifestações espontâneas de pessoas pertencentes ao grupo LGBT mostraram que enquanto alguns profissionais veem um heterossexual com DST como um herói, um membro LGBT, na mesma situação, poderá ser olhado como um perverso que pegou doença por descuido. Também não é incomum no imaginário machista a afirmação de que “duas mulheres que vivem juntas seriam mais bem servidas a um único homem”.

Não há no Código de Ética Médica (CFM, 2009) nada específico sobre ilícitos éticos contra discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. Entretanto, no capítulo de Direitos Humanos, em seu art. 23, lemos que é vedado ao médico tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto, sendo o médico chamado a 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 em seu artigo 24, e, por fim, obriga o profissional, em art. 25, a 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.

Quanto aos aspectos legais, os profissionais devem estar atentos aos direitos dos LGBT em <http://www.direitohomoafetivo.com.br/>.

É bom lembrar que no Estado de São Paulo existe uma lei administrativa (SÃO PAULO, 2001) que pune a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, com advertência, multa e cassação do alvará de funcionamento no caso de clínicas.

Filmes relacionados

Azul é a cor mais quente

Direção: Abedellatif Kechiche

Ano: 2015

Gênero: Drama, romance

Origem: França

Sinopse: Jovem de 15 anos se descobre na cor azul dos cabelos de Ema, seu primeiro amor por uma mulher.

Adeus minha concubina

Direção: Chen Kaige

Ano: 1993

Gênero: Drama, romance

Origem: China

Sinopse: Relação afetiva entre dois meninos alunos de teatro chinês e que acabam mais tarde atuando na Ópera de Pequim.

Querelle

Direção: Rainer Werner Fassbinder

Ano: 1982

Gênero: Drama (baseado na novela *Querelle* de Jean Genet – 1947)

Origem: França

Sinopse: O marinheiro *Querelle* (Brad Davis) torna-se frequentador do bordel da cafetina *Lysane* (Jeanne Moreau), casada com *Nono* (Günther Kaufmann), que a disputa em jogo com os clientes. Se perder a entrega, se ganhar mantém relações com o jogador.

O beijo da mulher aranha

Direção: Hector Babenco

Ano: 1985

Gênero: Drama (baseado na obra de Manuel Puig)

Origem: Brasil – Estado Unidos

Sinopse: Dois prisioneiros dividem a mesma cela. Um é homossexual e o outro um prisioneiro político.

Transamérica

Direção: Duncan Tucker

Ano: 2005

Gênero: Drama – comédia

Origem: Estados Unidos

Sinopse: Bree Osbourne (Felicity Huffman) é uma transexual que economiza para realizar sua última cirurgia que a tornará uma mulher.

Má educação

Direção: Pedro Almodóvar

Ano: 2004

Gênero: Comédia de humor negro

Origem: Espanha

Sinopse: Dois garotos se envolvem afetivamente na infância, em um colégio de padres. Um deles é molestado por um sacerdote da instituição. Ambos se encontram quando adultos com desdobramento do fato.

Olhe para mim de novo

Direção: Kiko Goifman, Claudia Priscilla

Ano: 2013

Gênero: Documentário

Origem: Brasil

Sinopse: O transexual Syllvio Luccio e sua esposa buscam uma solução para terem um filho.

Madame Butterfly

Direção: David Cronenberg

Ano: 1993

Gênero: Drama

Origem: Estados Unidos

Sinopse: Diplomata francês em Pequim, ao assistir uma apresentação da ópera Madame Butterfly, se apaixona pela beleza da cantora Song Liling (John Lone).

Traídos pelo desejo

Direção: Neil Jordan

Ano: 1992

Gênero: Drama

Origem: Nipo-britânico-irlandês

Sinopse: Um membro do IRA sequestra um soldado britânico que desenvolve uma grande amizade com o sequestrador, porém este morre e o soldado procura sua namorada para lhe dar a notícia.



*Aprendemos a voar como os pássaros e a nadar como os peixes,
mas não aprendemos a conviver como irmãos. Se não puder voar, corra.
Se não puder correr, ande. Se não puder andar, rasteje,
mas continue em frente de qualquer jeito.*

Martin Luther King

Há um médico a bordo?

Situações frequentes

- *Médico chamado a atender a bordo*
- *O dever de identificar-se*
- *Estrutura para assistência*
- *Frequência de emergências*
- *Intercorrências*
- *Cobrança de honorários*

Médico chamado a atender a bordo

A situação: o médico viajando de avião em férias com a família ou a trabalho.

De repente, o comandante ou comissário, anuncia que há um passageiro com problemas de saúde e pergunta: algum profissional no voo poderia assisti-lo?

Depois de alguns segundos um ou mais profissionais se apresentam.

Casos assim levantam questões éticas e legais. O médico tem o dever ético de prestar assistência em aeronaves? Caso atenda e o desfecho seja desfavorável a quem o médico responderá ética e legalmente? Deve cobrar?

Segundo o Processo-Consulta CFM nº 5.353/1996 (PC/CFM/Nº 20/1997) (CFM, 1997) – que continua sendo uma das únicas fontes de consulta deontológica e ética sobre o assunto no país – o médico, quando chamado a prestar assistência a bordo de aeronaves, tem o dever ético e a obrigação legal de fazê-lo.

Se o enfoque for a norma deontológica, é possível partir-se do próprio

Código de Ética Médica (CFM, 2009), que em seu princípio fundamental VII afirma: “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”.

Não atender quem necessita de cuidados seria desrespeitar o art. 33 do CFM que reza que é vedado ao médico: “Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo”.

A “obrigação legal” é fundamentada pelo Código Penal (BRASIL, 1940), que em seu art. 135 dispõe ser crime “deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos o socorro da autoridade pública”.

Quanto à cobrança, o próprio Código de Ética Médica, em Direitos dos Médicos, afirma que é direito do médico “estabelecer seus honorários de forma justa e digna”.

O dever de identificar-se

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM, 1997), “a boa norma condiciona o médico a apresentar-se sempre que for solicitado a identificar-se profissionalmente, especialmente, sendo o único da área de saúde presente na aeronave”. É seu dever, enfim, não se omitir ao chamamento para atender uma emergência a bordo.

O médico jamais poderá se omitir quando solicitado a atender alguém que precise de sua ajuda, ainda que sua única tarefa seja levar palavras de conforto ao paciente. “O que mais interessa é a triagem de cada caso e o muito valioso afago, alívio ao sofrimento do doente e dos circunstantes – e ninguém melhor que o médico para ser o porta-voz da prudência, da serenidade e da compreensão ao se fazer ouvir” (CFM, 1997).

Por tudo isso, a identificação do médico em pleno voo, quando solicitada, tem um significado singular, pois, para ele, “embora represente a renúncia à condição de passageiro, a permuta ao lazer do conforto da viagem para executar uma tarefa, um labor, oferecendo parte dos seus conhecimentos àqueles que se sentem provisoriamente desamparados, traduz acima de tudo o compromisso social da profissão que abraçou” (CFM, 1997).

Estrutura para assistência

As empresas de voos domésticos ou internacionais não são obrigadas a disponibilizar qualquer modalidade de assistência médica, limitando-se a oferecer um kit padrão, com alguns equipamentos e medicamentos, e treinar membros da tripulação para determinados atendimentos de emergência.

Ainda que se considere inadequado o desinteresse das empresas de transporte aéreo em relação aos cuidados com a saúde dos seus usuários – já que estão amparadas legalmente tão somente no transporte do passageiro de um lugar a outro –, o médico não pode esquecer que o alvo de toda sua atenção é a saúde do ser humano.

Nem sempre a situação apresentada é grave. De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM, 1997) e estudos relacionados à ocorrência de problemas de saúde em voo “os distúrbios habituais verificados durante um voo costumam ser de pouca ou quase nenhuma gravidade, sendo muito rara a constatação de grave distúrbio à saúde ou mesmo a ocorrência de óbito” a ponto de criar dilemas relativos à falta de espaço e recursos adequados ao atendimento.

Em voos intercontinentais – cuja duração média costuma ultrapassar 10 (dez) horas, sem escala – as intercorrências clínicas surgem até com frequência, em razão da totalidade de passageiros a bordo, bem como membros da tripulação. “Dependendo da gravidade de cada caso, muitas vezes a única decisão sábia a ser tomada é a mudança de itinerário do voo, com pouso de emergência no aeroporto mais próximo, com o propósito de prestar a assistência médica imediata” (CFM, 1997) e adequada.

Uma dúvida seria se o médico poderia exercer sua profissão em pleno espaço aéreo, fora de sua área de jurisdição. Certamente, sim. Trata-se de trabalho eventual e em circunstância emergencial, prevalecendo a qualificação e não a origem do profissional ou o local onde está atuando, sendo prudente que a tripulação solicite sempre as credenciais daqueles que se apresentam ao chamado para comprovação do exercício profissional.

Frequência de emergências

Há pouca literatura médica disponível sobre a frequência de atendimentos; tipos de casos e resolutividade.

Como parâmetro, pode-se usar estudo publicado em 2013 no *New England Journal of Medicine* (PETERSON; MARTIN-GILL; GUYETTE et al., 2013), que abordou justamente esses aspectos no artigo *Outcomes of Medical*

Emergencies on Commercial Airline Flight, em que uma equipe vinculada à University of Pittsburgh acompanhou, entre janeiro de 2008 e outubro de 2010, centrais de comunicação médica de cinco grandes companhias aéreas comerciais dos Estados Unidos.

Focalizou, em essência, a assistência a bordo fornecida por tripulação e outros passageiros; as ocorrências mais comuns em saúde; uso de remédios ou equipamentos médicos; fase do voo (subida, navegação e aterrissagem); e qual a estratégia de ação para a resolução de problemas: atendimento em próprio voo com os meios disponíveis, ou mudança de rota para atendimento em terra (com transporte de ambulância e internação hospitalar).

Para o trabalho, os problemas em saúde a bordo foram categorizados mais pelos sintomas apresentados que pela realização de um diagnóstico como “perda de consciência”, “desmaio” e “sensação de tontura”, inseridos na categoria “síncope ou pré-síncope”; “dores no peito” e “palpitações”, como “sintomas cardíacos” (“parada cardíaca” tornou-se categoria separada).

Os resultados mostraram que estima-se que no mundo companhias aéreas comerciais atendam cerca de 2,75 bilhões de passageiros todos os anos.

No período de estudo, os centros de comunicações das empresas selecionadas receberam cerca de 11.920 registros de emergências médicas a bordo, entre um número estimado de 744 milhões de passageiros, em aproximadamente 7 milhões de voos.

A incidência de emergências médicas correspondeu a uma para cada 604 voos. A idade dos passageiros que enfrentaram emergências variou de 14 dias a 100 anos – sendo que a prevalência média esteve entre 21 e 48 anos.

Os problemas médicos mais comuns foram síncope ou pré-síncope (37,4%), sintomas respiratórios (12,1%) e náuseas ou vômitos (9,5%), com alguma variação entre as companhias. O desvio de rota da aeronave ocorreu em 875 de 11.920 casos (7,3%); os voos restantes desembarcaram em seus destinos regulares.

Durante o estudo, estavam disponíveis dados sobre resolutividade de casos de 10.914 passageiros que passaram por emergências médicas. Para 3.402 passageiros (31,2%), a situação foi resolvida suficientemente antes de destino, sendo que a assistência a bordo foi prestada, em boa parte das vezes, por passageiros médicos (48,1%), enfermeiros (20,1%), paramédicos (4,4%), ou outros profissionais de saúde (3,7%).

As solicitações para desvio de rota partiram principalmente de médicos voluntários 9,4%; paramédicos 9,3%; enfermeiros, 6,2%; e tripulação 3,8%.

“Com base em nossos resultados”, descrevem os autores do estudo, “sugerimos uma abordagem prática de orientações e gestão sobre emergências

médicas durante o voo, destinadas aos médicos, já que eles podem ser chamados para prestar ajuda”.

Intercorrências

E se o médico atender dentro das possibilidades de seu conhecimento e com o equipamento e medicações disponíveis a bordo e, mesmo assim, o paciente piorar e chegar a óbito?

O Parecer-Consulta do CFM de nº 5.353/1996 (PC/CFM/Nº 20/1997) (CFM, 1997) destaca o fato de os médicos, quando no exercício de sua profissão, não poderem ser “responsabilizados por atos comissivos ou omissivos cujo resultado seja desfavorável ao paciente, desde que fique caracterizada a falta de condições para o atendimento, fato usual a bordo das aeronaves”.

É preciso ainda considerar que nem todo médico está apto a atender emergências e urgências, inclusive em alguns casos para realizar os procedimentos de reanimação cardiopulmonar.

O ideal seria que o doente fosse atendido por médico devidamente habilitado para o problema apresentado, todavia na falta deste o médico presente deve fazer o seu melhor, optando sempre por oferecer o máximo de segurança em seus procedimentos.

Para isso, não pode compactuar a tripulação que “porventura se oponha a sua decisão de pouso da aeronave”, importando ou não em mudança de rota, com o propósito de oferecer o melhor para o paciente. Se sua decisão não for respeitada, “cabe-lhe o dever de registrar o feito junto ao Departamento de Aviação Civil (DAC) e ao Conselho Regional de Medicina logo após o desembarque”, diz o Conselho Federal de Medicina (CFM, 1997).

Cobrança de honorários

Quando solicitado, o médico poderá cobrar honorários profissionais após prestar assistência em pleno voo. Parece-nos uma cobrança justa. Todavia, “julgamo-la inoportuna em algumas circunstâncias, face ao caráter eventual desse atendimento, merecendo esse tópico, preliminarmente, as seguintes considerações”:

- O médico poderá cobrar seus honorários quando, no exercício regular de sua profissão, julgar-se merecedor da retribuição pecuniária.
- Muitas vezes, no entanto, o médico pode dispensar a cobrança de honorários em atenção ao próprio paciente, quase sempre por considerar, repetimos, a eventualidade do atendimento. No entanto, convém

assinalar mais uma vez que sob qualquer circunstância cabe ao médico arbitrar se assim o desejar o valor do seu trabalho, mesmo realizado em pleno voo.

Ao lhe ser oferecido atendimento médico a bordo, o passageiro enfermo geralmente tem os membros da tripulação como intermediários da empresa, que transmitem pelos alto-falantes a suas necessidades e a de seus passageiros.

Assim, a praticabilidade da cobrança de honorários esbarra em algumas dificuldades aqui elencadas: como a intermediação é efetuada pelos trabalhadores da empresa transportadora, caso o paciente ou o próprio médico tenha que desembarcar em escalas, fica difícil estabelecer o foro para dirimir o possível contencioso.

Na hipótese de haver cobrança de honorários, caso o médico não abra mão dessa prerrogativa, é necessário identificar quem deve assumir o ônus, se o paciente (passageiro) ou se a empresa aérea. Porém, vale lembrar que “a responsabilidade da empresa de transporte aéreo em pagamentos de honorários médicos se limita aos danos causados aos passageiros decorrentes a sua atividade de transporte, equipamentos e instalações”, por exemplo, por bagagens que se deslocam por despressurização ou alimentação inadequada.

Em caso de cobrança de honorários, o médico não pode se aproveitar da situação de exceção e exorbitar no valor, incorrendo, caso isso ocorra, no desrespeito ao art. 40 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2009) que reza que é vedado ao médico: “Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza” (CFM, 1999).

Como agir ao ser chamado para atender alguém em pleno voo?

Um amigo me chamou para ajudá-lo a cuidar da dor dele. Guardei a minha no bolso. E fui. Não por nobreza: cuidar dele faria com que eu me esquecesse de mim.

Caio Fernando Abreu

Os profissionais devem ter consciência de que situações de exceção relacionadas à saúde podem ocorrer a qualquer momento, como em acidentes, atos terroristas, na rua ou em voo, como no caso aqui apresentado, e que exijam uma pronta atuação médica. Nessas situações cremos que a atenção primeira do profissional deva ser a pessoa a quem deverá prestar os cuidados necessários e dentro das condições presentes.

Na prática, quando um passageiro em voo apresenta algum problema de saúde, a tripulação solicita a presença de um médico para ajudá-los no atendimento. Logicamente, atender intercorrências médicas em voo exigiria do profissional um conhecimento das particularidades aí envolvidas, assim como do acesso ao material necessário para uma assistência adequada.

Com certeza, no universo de 2,75 bilhões de passageiros, a eficiência no atendimento de um passageiro em voo dependerá apenas do acaso, já que não há por parte das empresas nenhum movimento para ter profissionais presenciais e treinados para o atendimento.

Estima-se 44 mil casos de emergências médicas em voos por ano, o que, por si, justificaria alguma intimidade das particularidades envolvidas e do material disponível por parte dos profissionais que prestarão atendimento, já que muitas empresas além do kit regulado pela FAA (Federal Aviation Administration) acrescentam opções de tratamento. Felizmente doenças graves não são frequentes e raramente ocorrem mortes. De 920 casos cardíacos em voo, nenhum resultou em morte.

Situações que envolvam riscos maiores, como infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral, poderão exigir pouso da aeronave com transferência do doente de ambulância para um serviço especializado. Já os sintomas cardíacos como palpitações podem ser controlados com tratamentos simples. No kit há o desfibrilador, aspirina, ni-

tratos, oxigênio e epinefrina, sendo que a taxa de sobrevivência em voo após parada cardíaca em avião comercial varia de 14 a 55%.

Em 42,1% dos casos de parada cardíaca, o voo não foi desviado, estando incluídos aqui quando estão cruzando o oceano ou próximos ao destino, não sendo, portanto, justificado o desvio. Desvios dependerão de questões médicas e operacionais que são em muitas situações complexas, incluindo tempo, combustível, controle de tráfego aéreo etc.


A taxa de mortalidade entre todos os pacientes em voo foi de 0,3%. Continuam sendo um desafio para a prestação de cuidados em voo o espaço e a limitação de equipamentos. Entretanto, os estudos existentes são limitados, nem todos os atendimentos são comunicados ao centro de comunicações, baseiam-se mais em sintomas que em diagnósticos, o que exige estudos mais aprofundados.

Uma opção à imprevisibilidade da ocorrência de problemas e da presença de um médico capacitado a atender o problema apresentado seria a possibilidade da assessoria de profissional especializado em terra que retransmitiria orientações para o pessoal em bordo ou mesmo para algum profissional médico que se apresentou para ajudar no atendimento, o que é contemplado por algumas companhias aéreas.

Para o médico em viagem, ao responder ao chamado, existe a preocupação quanto à responsabilidade médica, mesmo com a disposição legal de 1998 que o protege, pelo princípio da Beneficência, do bom samaritano, dessa responsabilidade, com exceção daquela fruto de negligência grave ou intencional.

Acreditamos que o médico, sendo a pessoa mais preparada para atuar em caso de emergência, tem a obrigação moral e profissional para prestar o atendimento, dentro de suas limitações. Entretanto, pensamos que a empresa deveria dispor de algum mecanismo de reconhecimento daquele que se dispôs a ajudar, já que na realidade ele preenche, no nosso entender, uma falha nas práticas de aviação ao não disporem de um profissional preparado para assistir as intercorrências ocorridas em voo.

Para os voos nacionais, alguma demanda por cobrança poderá ocorrer, mas a justiça tem entendido que as empresas não têm responsabilidade pelo pagamento. Já nos voos internacionais, além da dificuldade de se definir o foro onde questões éticas e legais serão acolhidas, há uma pulverização de responsabilidades, o que, a nosso ver, permite uma acomodação das empresas quanto a assumir sua responsabilidade no transporte das pessoas.



Quanto à cobrança, não devemos nos esquecer, inclusive, que o próprio médico poderá ser acometido de algum mal em voo, ficando à mercê da falta de espaço e recursos como qualquer outro cidadão. Como nos sentiríamos ao ser cobrado pelo atendimento prestado por outro colega? Será que não nos defenderíamos apontando a empresa como responsável? Sendo uma situação eventual e transitória, não seria mais humano ignorar qualquer questão pecuniária relacionada à assistência e lutarmos para que as empresas assumam a responsabilidade sobre os cuidados daqueles que transporta?

Importante frisar que muitas das intercorrências em voo poderiam ser evitadas caso os pacientes portadores de doenças prévias fossem orientados pelos médicos assistentes e, nos casos previstos, quando a viagem é necessária, informações sejam repassadas com antecedência à empresa aérea.

Filme relacionado

Zero Hora!

Direção: Hall Bartlett

Ano: 1957

Gênero: Suspense

Nacionalidade: Estados Unidos

Sinopse: O médico dr. Baird (Geoffrey Toone) é surpreendido ao voar em uma pequena companhia aérea quando vários passageiros começam a apresentar câimbras estomacais debilitantes, inclusive o piloto.

Referências

- ALERTA. **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**. São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/wcwvrX>>. Acesso em: 19 mar. 2017.
- ANDRADE, C. D. **Poesia completa**. São Paulo: Nova Aguilar, 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <<https://goo.gl/NNXpp3>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção 1, p. 1.
- _____. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 dez. 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Seção 1, p. 23911.
- _____. Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941. Institui a lei das contravenções penais. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 out. 1941. Seção 1, p. 19696.
- _____. 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 União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990a. Seção 1, p. 13563.
- _____. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 set. 1990b. Seção 1, p. 1.
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990c. Seção 1, p. 18055.
- _____. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jan. 2002a. Seção 1, p. 1.
- _____. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2002b. Seção 1, p. 1.
- _____. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2003. p. 1.
- _____. Lei nº 12.830, de 20 de junho de 2013. Dispõe sobre a investigação criminal conduzida pelo delegado de polícia. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 jun. 2013b. Seção 1, p. 20.
- _____. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Institui o Código de Processo Civil. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 mar. 2015. Seção 1, p. 1.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 ago. 2009. Seção 1, p. 80-1. Disponível em: <<https://goo.gl/S8qqk4>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006. Seção 1, p. 142. Disponível em: <<https://goo.gl/PuLmCQ>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 dez. 2011. Seção 1, p. 35-36. Disponível em: <<https://goo.gl/egyUNo>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. v. 1. Disponível em: <<http://bit.ly/2nBjiPb>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- CABRAL, R. V.; TREVISOL, F. S. Influência da internet na relação médico-paciente na percepção do médico. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 4, p. 416-420, 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Código de Ética Médica. Resolução nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção 1, p. 90-92.
- _____. **Consulta nº 20, de 2 de março de 1997**. O médico, quando chamado a prestar assistência a bordo de aeronaves, tem o dever ético e a obrigação legal de fazê-lo, cabendo a princípio cobrar ao paciente o atendimento realizado. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <<https://goo.gl/gJmiba>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 25, de 18 de setembro de 2013**. O atendimento médico ao menor desacompanhado, tanto para consulta quanto para realização de exames e administração de medicação, deve obedecer à legislação vigente no país e aos preceitos éticos balizadores da profissão. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/Dsm0sD>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 36, de 7 de agosto de 2002**. O documento “Responsabilidades e Normas Éticas na Utilização da Telemedicina”, aprovado em assembleia da Associação Médica Mundial, deve ser adaptado à realidade nacional mediante resolução em definitivo. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<https://goo.gl/2kFm6p>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 2.189, de 17 de setembro de 1999**. A assistência a deficientes físicos em viagens, especialmente via aérea, envolve, especificamente, aspectos médicos e outros de ordem humanitária, econômica e administrativa que extrapolam a competência deste Conselho. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <<https://goo.gl/ew7f1k>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 3.236, de 3 de maio de 1989**. Número de pacientes de 1ª vez, secundários a serem atendidos nos ambulatórios. Brasília, DF, 1989. Disponível em: <<https://goo.gl/Kz48xv>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 3.556, de 17 de março de 2000**. Restringir o número de vagas para pacientes oriundos de convênios médicos, privilegiando pacientes particulares, sob a argumentação de baixa remuneração, é atitude eticamente reprovável. Brasília, DF, 2000a. Disponível em: <<https://goo.gl/sKpp5o>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Nota técnica nº 2, de 29 de março de 2012**. Acesso ao prontuário médico pelos parentes do falecido. Direito Personalíssimo. Direitos como a vida, a incolumidade física e psíquica, o próprio corpo, o nome, a imagem, a honra, a privacidade, a intimidade, não podem ser transferidos a terceiros

nem após a morte. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <<https://goo.gl/aJOm-nW>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

_____. **Parecer nº 1, de 19 de janeiro de 2012.** O médico é quem decide a duração de seu ato profissional, levando em consideração sua experiência e capacidade, conforme estabelece o item VIII, Capítulo II – Direitos dos Médicos, do Código de Ética Médica. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <<https://goo.gl/oGsI4R>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

_____. **Parecer nº 4, de 8 de março de 1991.** Posicionamento a ser adotado pela equipe médica em face a solicitações, por autoridades judiciais e administrativas, para o fornecimento de informações relativas a menores infratores e detentos do sistema prisional, portadores de sorologia positiva para o HIV. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <<https://goo.gl/kgDn7C>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

_____. **Parecer nº 5, de 17 de janeiro de 1992.** Prazo de validade de consulta médica. Brasília, DF, 1992. Disponível em: <<https://goo.gl/fv6ITo>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

_____. **Parecer nº 45, de 12 de novembro de 2010.** A prática do consentimento livre e esclarecido (CLE) no hospital-escola deve ser exercida e incentivada à plenitude. O CLE protege a autonomia e a dignidade devidas ao paciente e seu exercício, pelo docente, é fator indutor de cultura ética e humanista para os estudantes de medicina. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/qf3fGD>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

_____. Resolução nº 1.605, de 15 de setembro de 2000. O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 set. 2000b. Seção 1, p. 30.

_____. Resolução nº 1.614, de 8 de fevereiro de 2001. Trata da inscrição do médico auditor e das empresas de auditoria médica nos Conselhos de Medicina. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 mar. 2001. Seção 1, p. 17.

_____. Resolução nº 1.668, de 7 de maio de 2003. Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 jun. 2003. Seção 1, p. 84.

_____. Resolução nº 1.671, de 9 de julho de 2003. Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jul. 2003. Seção 1, p. 75-78.

_____. Resolução nº 1.821, de 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 nov. 2007. Seção 1, p. 252.

_____. Resolução nº 1.824, de 21 de fevereiro de 2008. Definir como disponibilidade médica em sobreaviso a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não-presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 mar. 2008. Seção 1, p. 195.

- _____. Resolução nº 1.974, de 14 de julho de 2011. Estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 ago. 2011. Seção 1, p. 241-244.
- _____. Resolução nº 2.121, de 16 de julho de 2015. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2015.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA (CREMEB). **Parecer nº 14, de 8 de janeiro de 2009**. É vedado ao médico fornecer informações decorrentes de seu exercício profissional aos familiares do mesmo, exceto quando autorizado pelo próprio paciente ou quando o paciente não tenha a capacidade de avaliar a gravidade ou se diga sem condições de assumir a condução do caso. Salvador, 2009a. Disponível em: <<https://goo.gl/9SVVIt>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Parecer nº 43, de 4 de agosto de 2009**. Estatuto do idoso e atendimento médico. Salvador, 2009b. Disponível em: <<https://goo.gl/4YPVPi>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Parecer nº 44, de 11 de setembro de 2008**. O termo de internação deve conter as normas pelas quais a unidade hospitalar tem condições de garantir que o tratamento proposto pela equipe seja exequível. Salvador, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/fqfQxQ>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS (CREMEGO). **Consulta nº 6, de 15 de março de 2014**. Não há infração ética quanto à presença de terceira pessoa profissionalmente vinculada ao médico em uma consulta, quer seja na anamnese ou exame físico, desde que o paciente seja esclarecido desta necessidade, dê sua aquiescência para a fase ou momento que entender pertinente. Goiânia, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/6VZrac>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). **Atestado médico: ética e prática**. São Paulo: Cremesp, 2013a. 152 p. Disponível em: <<https://goo.gl/kpZsGc>>. Acesso em: 29 mar. 2015.
- _____. **Consulta nº 6.769, de 16 de agosto de 2011**. Sobre a internação de menores de idade em hospital psiquiátrico. São Paulo, 2011a. Disponível em: <<https://goo.gl/POEfXq>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 7.400, de 17 de maio de 1993**. Ser obrigado a fornecer receitas de medicações controladas para pacientes que procuram Posto de Saúde, sem qualquer indicação do médico que formulou a receita inicial. São Paulo, 1993. Disponível em: <<https://goo.gl/Kybflp>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 12.465, de 19 de abril de 2016**. Sobre profissional médico realizar tratamento de pai e filho de forma paralela. São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/jsw6I5>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 14.833, de 23 de junho de 2009**. O estudo dos termos do referido documento demonstra que trata-se de um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE), que deverá ser assinado pelo paciente e pelo médico, que ficará de posse e guarda da seguradora. São Paulo, 2009a. Disponível em: <<https://goo.gl/Rtu42c>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

- _____. **Consulta nº 26.126, de 14 de maio de 2014.** Resolução nº 2013/2013. Mix de Espermatozoides. Ausência de proibição. Possibilidade jurídica e ética. São Paulo, 2014a. Disponível em: <<https://goo.gl/cFYQPI>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 38.575, de 8 de agosto de 2014.** Sobre dificuldades de compreensão de mães adolescentes relacionadas aos assuntos referentes à consulta de seus filhos. São Paulo, 2014b. Disponível em: <<https://goo.gl/0YWZWFr>>. Acesso em: 29 mar. 2015.
- _____. **Consulta nº 42.984, de 1 de setembro de 2000.** Como proceder frente a paciente que necessita de internação urgentemente, entretanto encontra-se foragido, aguardando julgamento de “habeas corpus”. São Paulo, 2000. Disponível em: <<https://goo.gl/bRV86s>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 66.812, de 8 de junho de 2010.** A união de pessoas do mesmo sexo, que se baseie na afetividade, no respeito mútuo e na estabilidade deve ser aceita como entidade familiar, por obrigatoriedade de observância dos princípios constitucionais já citados. São Paulo, 2010a. Disponível em: <<https://goo.gl/FYhMSi>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 68.185, de 10 de dezembro de 2002.** Transferência de pacientes envolvidos direta e indiretamente com a justiça. São Paulo, 2002a. Disponível em: <<https://goo.gl/XagB15>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 74.379, de 5 de agosto de 2002.** Recusa de atendimento a paciente preso. São Paulo, 2002b. Disponível em: <<https://goo.gl/vj7TVw>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 76.300, de 11 de novembro de 2014.** Atendimento a pacientes que não têm proficiência na língua portuguesa em uma unidade assistencial pública. Responsabilidade do médico diante da incompreensão da língua. São Paulo, 2014c. Disponível em: <<https://goo.gl/MQKFBb>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 90.198, de 5 outubro de 2010.** Explicar determinado resultado de exame, informar o diagnóstico e o prognóstico, esclarecer e tirar todas as dúvidas do paciente ou de familiar, são ações de competência do médico, coordenador da equipe de saúde, e maior responsável pela qualidade de atenção ao agravo do paciente. São Paulo, 2010b. Disponível em: <<https://goo.gl/fIDZTP>>. Acesso em: 10 abr. 2015.
- _____. **Consulta nº 101.081, de 9 de setembro de 2011.** Convênio solicitar que sejam agendadas consultas com pacientes em acompanhamento contínuo, após 4 meses da última consulta, levando o médico psiquiatra a fornecer receitas dentro do prazo de 60 dias. São Paulo, 2011b. Disponível em: <<https://goo.gl/aaKMnB>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 107.787, de 5 de dezembro de 2009.** A exposição pública de pacientes, através de fotos e imagens, é considerada antiética pelo Cremesp. A exceção vale para o uso da Internet em telemedicina, voltada à atualização e reciclagem profissional do médico, a exemplo das videoconferências, educação e monitoramento a distância. São Paulo, 2009b. Disponível em: <<https://goo.gl/jr5PIU>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 112.655, de 27 de setembro de 2011.** O médico deve respeitar o Estatuto ou Contrato firmado, cobrando por consulta particular apenas em caso de “absoluta insistência” por parte do paciente, fornecendo o recibo corretamente após a consulta. São Paulo, 2011c. Disponível em: <<https://goo.gl/LPXeJX>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

- _____. **Consulta nº 142.829, de 24 de abril de 2015.** O ato médico da consulta é ação presencial, sendo o exame físico parte integrante e insubstituível da mesma. São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/oABqBO>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 156.454, de 23 de dezembro de 2011.** Solicitação de entrega de prontuário ou relatório médico de filho menor de idade. Pais separados. Pedido por quem não detém a guarda da criança. Possibilidade. São Paulo, 2011d. Disponível em: <<https://goo.gl/xptzXY>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 158.626, de 1º de março de 2013.** Consulta para orientação sobre como proceder com paciente diagnosticado esquizofrênico e que vem sofrendo abuso sexual por parte do pai desde a adolescência. São Paulo, 2013b. Disponível em: <<https://goo.gl/ePu01E>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta sem número, de 15 de março de 1988.** A violência ao menor deve ser comunicada às autoridades. São Paulo, 1988a. Disponível em: <<https://goo.gl/roYMiY>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Ética em ginecologia e obstetrícia.** 3 ed. São Paulo: Cremesp, 2004. Disponível em: <<https://goo.gl/jBtJ7g>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Ética em ginecologia e obstetrícia.** 4 ed. São Paulo: Cremesp, 2011e. 300 p. Disponível em: <<https://goo.gl/InhcqU>>. Acesso em: 29 mar. 2015.
- _____. **Guia da relação médico-paciente.** São Paulo: Cremesp, 2001.
- _____. **Nota Técnica nº 1.** Trata-se de questão reiterada neste Departamento Jurídico a consulta acerca da remessa a autoridades de prontuários e documentos protegidos pelo segredo médico, principalmente após a edição da Lei Federal nº 12.830/13, que dispôs sobre a investigação criminal conduzida pelo Delegado de Polícia. São Paulo, 2014d. Disponível em: <<https://goo.gl/P5etmV>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Recomendação nº 1, de 26 de julho de 1988.** Dispõe sobre a presença de auxiliar e/ou de pessoa acompanhante de paciente durante o exame ginecológico. São Paulo, 1988b. Disponível em: <<https://goo.gl/Zbr243>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. Resolução nº 208, de 27 de outubro de 2009. Dispõe sobre o atendimento médico integral à população de travestis, transexuais e pessoas que apresentam dificuldade de integração ou dificuldade de adequação psíquica e social em relação ao sexo biológico. **Diário Oficial do Estado**, Poder Executivo, São Paulo, 11 nov. 2009c. Seção 1, p. 168.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL (CRMMS). **Parecer nº 6, de 20 de março de 2014.** Presença de enfermeira ou outro profissional de enfermagem durante o exame toco-ginecológico. 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/isrYyo>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ (CRM-PA). **Consulta nº 9, de 11 de junho de 2012.** Número de pacientes a ser atendidos na jornada de trabalho do médico. Inexistência de normatização sobre o assunto. Belém, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/sZCpsx>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 12, de 25 de maio de 2015.** Consulta por mídias sociais não se constitui ato médico completo. Admitido envio de resultados de exames e/ou novas informações por meio eletrônico, em caso de anamnese e exame físico prévio, a critério médico. Orientação por mídia social não pode

- ser remunerada. Belém, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/ckmwXm>>.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ (CRM-PR). **Resolução nº 41, de 17 de fevereiro de 1992**. O responsável pelo arquivo ou fichário médico, quando desativado sob qualquer motivo, poderá destruir as fichas ou prontuários, preferencialmente por incineração, obedecidos os alguns critérios. Curitiba, 1992. Disponível em: <<https://goo.gl/nqwLXz>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 1.309, de 28 de março de 2001**. A cobrança de consulta e procedimento médico não caracteriza dupla cobrança. Curitiba, 2001. Disponível em: <<https://goo.gl/Bo4xU6>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. **Consulta nº 2.342, de 20 de junho de 2011**. Relação com pacientes e familiares – Decisão de tratamento – Responsabilidade. Curitiba, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/bG2EzZ>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (CREMERJ). **Parecer nº 10, de 16 de agosto de 1991**. Orienta quanto a duração média de consulta ambulatorial e visita médica hospitalar em paciente de enfermaria ou quarto, baseada no Art. 12 da Resolução Cremerj n. 17/87 e Art. 27 do Código de Ética Médica. Recomenda às direções hospitalares a estabelecerem parâmetros junto ao Corpo Clínico e em consonância com as respectivas Comissões de Ética para a humanização do atendimento médico, não impondo a cronometragem como critério de eficiência da atenção prestada ao paciente. Rio de Janeiro, 1991. Disponível em: <<https://goo.gl/wSEiw3>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- ESCULÁPIO. In: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. [20--]. Disponível em: <<https://goo.gl/nExbs7>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- FORTES, P. A. **Bioética na comunicação e informação em saúde**. 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/rrljED>>. Acesso em: 5 abr. 2015.
- FRANÇA, G. V. **Comentários ao código de ética médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 366 p.
- _____. Telemedicina: breves considerações ético-legais. **Revista Bioética**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 266-285, 2000.
- FRANCISCONI, C. F.; GOLDIM, J. R. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: _____. **Iniciação à bioética**. Brasília, DF: CFM, 1998. p. 269-284.
- GROSSI, M. P. Identidade de gênero e sexualidade. **Antropologia em Primeira Mão**, Florianópolis, n. 24, 1998. Disponível em: <<https://goo.gl/x56x28>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- GROL, R.; MOKKINK, H.; SMITS, A. et al. Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. **Family Practice**, Oxford, v. 2, n. 3, p. 128-135, 1985.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo 2010*. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 19 abr. 2017.
- KAFKA, F. *Um médico rural: pequenas narrativas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.
- KLASNJA, P.; PRATT, W. Healthcare in the pocket: mapping the space of mobile-phone health interventions. **Journal of Biomedical Informatics**, Amsterdam, v. 45, n. 1, p. 184-198, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/VuoESt>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

- LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/AWuFVG>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- MAWARDI, B. H. Satisfactions, dissatisfactions, and causes of stress in medical practice. **JAMA**, v. 241, n. 14, p. 1483-1486, 1979. Disponível em: <<https://goo.gl/RxU5M1>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- MELLO, L.; PERILO, M.; BRAZ, C. A.; PEDROSA, C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, dez. 2011.
- MORAES NETO, B. R. Processo de trabalho e eficiência produtiva: Smith, Marx, Taylor e Lênin. **Estudos econômicos**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 651-671, 2009.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). **Declaração universal dos direitos humanos**. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <<https://goo.gl/FQMIAK>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C. **La medicina por vocación**. Quito: Ediciones Camilianas, 1995.
- PETERSON, D. C.; MARTIN-GRILL, C.; GUYETTE, F. X. et al. Outcomes of medical emergencies on commercial airline flights. **The New England Journal of Medicine**, Pittsburg, v. 368, p. 2075-2083, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/BrB2nc>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- POE, E. A. O corvo. In: _____. **Poemas e ensaios**. Tradução Oscar Mendes e Milton Amado. Rio de Janeiro: Globo, 2009.
- PUBLICIDADE médica: novas regras **Jornal do Cremesp**, São Paulo, n. 197, 2004.
- QUEBRA de sigilo por “motivo justo” causa grandes dilemas aos médicos. **Jornal do Cremesp**, São Paulo, n. 289, p. 16, 2012.
- QUINTANA, M. *Poesia Completa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2005.
- RESOLUÇÃO proíbe atendimento médico por telefone ou internet. **G1**, 15 fev. 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/7Vkk1w>>. Acesso em: 4 abr. 2017.
- SALEM, A. C. Remuneração dos médicos por especialidade e o mercado médico no Brasil. **Academia Médica**, 4 abr. 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/cIZ93C>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- SALIBA, O.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; DOSSI, A. P. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007. Disponível em: <<https://goo.gl/txmjK>>. Acesso em: 30 mar. 2017.
- SANTOS, L. R.; FUNGHETTO, S. S.; LEON, C. G. R. M. P. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl 1, p. 855-863, 2011.
- SÃO PAULO (Estado). Lei nº 10.948, de 5 de novembro de 2001. Dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Poder Executivo, São Paulo, 6 nov. 2001. Seção 1, p. 2. Disponível em: <<https://goo.gl/92oKuZ>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- _____. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Coordenação de Políti-

cas para a Diversidade Social. **Diversidade sexual e a cidadania LGBT**. São Paulo: SJDC, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/w6JW3F>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP); FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 6-7, 2005. Disponível em: <<https://goo.gl/0BXdDL>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. Disponível em: <<https://goo.gl/MF2skL>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

_____. **Young people's health: a challenge for society**. Report of a WHO study group on young people and health for all. Geneva: WHO, 1986.

Impresso pela
Edigráfica Gráfica e Editora
para o Conselho Regional de Medicina
do Estado de São Paulo – Cremesp
em agosto de 2017

Uma boa relação entre o médico e seu paciente é capaz de criar condições para a compreensão quanto aos tratamentos propostos, elevando as chances de melhora – e até cura – da pessoa que enfrenta a doença.

Dito assim parece fácil. Porém, há nuances nesse encontro tão delicado que envolvem comunicação clara, confiança na guarda de sigilo e respeito às especificidades do público atendido.

Este livro não pretende encerrar a variação de temas e sentimentos presentes nesse momento, mas, sim, direcionar a atenção a alguns pontos específicos que podem significar a crença na Medicina e em seus praticantes.



Rua Luís Coelho, 26 – Consolação – São Paulo – SP
01309-900 – Tel: (11) 5908.5600
www.cremesp.org.br

