



BIOÉTICA CLÍNICA

Reflexões e Discussões sobre Casos Seleccionados

CREMESP
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

BIOÉTICA CLÍNICA

Reflexões e Discussões sobre Casos Seleccionados

C R E M E S P

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

2008

Bioética Clínica – Reflexões e Discussões sobre Casos Selecionados

Publicação do Centro de Bioética do
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp)
Rua Domingos de Morais, 1810 – Vila Mariana
São Paulo – SP – CEP: 04010 – 200 – Tel: (11) 5908-5647
www.bioetica.org.br

Coordenação

Gabriel Oselka

Elaboração

Grupo de Apoio às Comissões de Ética Médica (Gacem)

Organização, Edição e Revisão

Concília Ortona (MtB – 19.259)

Diretor do Departamento de Comunicação do Cremesp

Brálio Luna Filho

Secretaria

Andréa Pioker

Diagramação

José Humberto de S. Santos

Revisão

Maria Lúcia G.L. Rosa

Apoio Bibliográfico

Dinaura Paulino Franco

Bioética clínica: reflexões e discussões sobre casos selecionados. / Coordenação de Gabriel Oselka. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Centro de Bioética, 2008.
266 p.

1. Bioética clínica I. Oselka, G. (coord.) II. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo III. Título

Apresentação

O avanço da Ciência Médica, por meio do desenvolvimento de tecnologias de ponta, facilitou sobremaneira o âmbito técnico da relação médico/paciente. Porém, na esfera ética, as conseqüências desses progressos vêm sendo agora enfrentadas no dia-a-dia dos envolvidos no contexto sanitário.

Há limites em tratamentos? Quais seriam? O paciente pode (ou deve) participar ativamente das decisões relativas a métodos utilizados em prol de seus cuidados? fazem parte de uma gama de dúvidas presentes em situações vivenciadas na rotina de consultórios e hospitais, que incluem, ainda, dilemas sobre comunicação de más notícias ou justa alocação de recursos em Saúde, entre tantos outros.

É por esse motivo que nós do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) sempre valorizamos a Bioética e o trabalho de seus abnegados participantes e estudiosos, por fornecerem aos médicos preciosas orientações referentes à chamada “Bioética Clínica”, a partir de reflexões baseadas em literatura e na prática profissional.

Maior satisfação nos permeia ao reconhecer iniciativas surgidas em nossa própria Casa: o **Centro de Bioética** do Cremesp novamente nos brinda com publicação voltada a esta área tão instigante, intitulada *Bioética Clínica – Reflexões e Discussões sobre Casos Selecionados*.

O livro ora apresentado foi fruto de horas e horas de empenho do Grupo de Apoio às Comissões de Ética Médica/GACEM (responsável também pelas edições do Manual de Capacitação das Comissões de Ética

Médica) que, após dezenas de reuniões, superou o desafio de produzir um instrumento claro e direto, contudo, sem ignorar as complexidades dos assuntos abordados.

E, o que é melhor: capaz de nortear tanto deliberações de outros bioeticistas quanto de servir como material didático aos alunos de escolas médicas e de outras áreas do conhecimento, cuja pedra fundamental é a Ética.

Esperamos que todos tirem o máximo proveito da nova publicação!

Henrique Carlos Gonçalves

Presidente do Cremesp

Sumário

Introdução	7
Autores	9
Caso 1 Autonomia do Idoso	11
Caso 2 Acobertamento	21
Caso 3 Auditoria	31
Caso 4 Amputação	39
Caso 5 Comunicação de Más Notícias	47
Caso 6 Considerações sobre Agressões a Médicos	61
Caso 7 Considerações sobre Alocação de Recursos em Saúde	69
Caso 8 Considerações sobre Alta a Pedido e Iminente Risco de Morte	81
Caso 9 Considerações sobre Atestado Médico	91
Caso 10 Considerações sobre Atestado de Óbito	105
Caso 11 Considerações sobre Internação Compulsória em Psiquiatria	117
Caso 12 Considerações sobre Prontuário Médico	125
Caso 13 Considerações sobre Relações Amorosas entre Médico e Paciente	139
Caso 14 Considerações sobre Testemunhas de Jeová	155
Caso 15 Criança com Malformações	171
Caso 16 Gestante Diabética	177
Caso 17 Índia	187
Caso 18 Maus-tratos	195
Caso 19 Morte em Campo	203
Caso 20 Não Alimentar, Nem Hidratar	219
Caso 21 Paciente Antiético	227
Caso 22 Perícia Médica	233
Caso 23 Paciente do PSF	243
Caso 24 Publicidade	249
Caso 25 Sigilo a Adolescentes	257

Introdução

Durante um período de mais de três anos o Grupo de Apoio às Comissões de Ética Médica (Gacem), coordenado pelo Centro de Bioética do Cremesp, debruçou-se sobre uma tarefa tão recompensadora quanto desafiadora: elaborar uma publicação que agregasse realidades e dilemas inseridos no dia-a-dia dos envolvidos no campo das Ciências Médicas.

Para a construção deste projeto, a intenção inicial era produzir um material essencialmente prático e dirigido a estudantes de Medicina, a partir do 5^a ano universitário – englobando residentes e demais pós-graduandos. No decorrer do percurso, no entanto, deparamos com material rico em conteúdo – mas com linguagem agradável, direta e razoavelmente fácil –, com potencial suficiente para atrair também médicos e outros profissionais interessados no amplo universo da Bioética.

Nasceu assim o livro que ora introduzimos, *Bioética Clínica: Reflexões e Discussões Sobre Casos Seleccionados*.

A respeito da primeira parte do título, *Bioética Clínica*, cremos configurar-se em etapa importantíssima no processo deliberativo de qualquer atendimento em Saúde.

Por meio da Bioética Clínica são motivadas as reflexões, visando a evitar que o “ser médico” represente um reducionismo da aplicação do aspecto tecnocientífico, em detrimento do vínculo com o paciente. A Bioética Clínica busca estimular uma sistematização multidimensional, inter e transdisciplinar, contribuindo para que os benefícios da Ciência aconteçam em equilíbrio com as exigências da humanização.

Em síntese, valoriza a Medicina à disposição do paciente; destaca a Beneficência dos métodos úteis e eficazes, e, ao mesmo tempo, hierarquiza a Não-Maleficência. Afirma o respeito ao caráter humano da relação médico-paciente, pretendendo o desenvolvimento da Justiça social, segundo fundamentos éticos e morais para o futuro da Medicina.

Seguindo-se este raciocínio, chega-se à segunda parte do título, relativa às *Discussões e Reflexões sobre Casos Selecionados*.

Ao trazer ao leitor questões reais em que podem ocorrer conflitos éticos, o Gacem assume uma postura reflexiva e aposta na necessidade de um tipo de ordenamento jurídico que permita um debate amplo, de respeito à diversidade, e que absorva a Autonomia como uma das chaves-mestras da contemporaneidade.

A prática da construção deste livro já agrega essa particularidade. Apesar de a metodologia empregada adotar estrutura semelhante no rol de 25 casos apresentados (permitindo, inclusive, o uso do manual em aulas de Bioética) – com *Resumo; Exposição dos detalhes; Eixo central; Argumentos; Eixos secundários; Situações que poderão ser levantadas; Discussão; Bibliografia* e, eventualmente, *Anexos* –, a publicação é fruto de discussão ampla dos temas, que prima pelo respeito à diversidade e ao estilo dos participantes.

Ou seja, um leitor atento verificará a existência de diferenças no estilo e até nas opiniões dos autores, texto a texto. Isso não significa incongruência de idéias ou falta de linearidade editorial, apenas, a concordância com a proposta bioética básica de liberdade de expressão e respeito às opiniões que não correspondem necessariamente às da maioria.

Quem espera achar neste livro uma espécie de “receita” ao que deve ser feito ou não em cada situação específica pode se decepcionar ou se surpreender, pois o objetivo não é ensinar ou apontar caminhos a serem adotados perante determinadas decisões éticas complexas.

A intenção é estimular a compreensão profunda das situações variadas, e encaminhar a um nível de reflexão tal, que deixe claro que não se consegue chegar a uma atitude ética única. Trata-se, enfim, de uma tentativa de flexibilização do “estado da arte”, trazendo à tona o fato de que a verdadeira prioridade num atendimento médico pode não ser fazer “o ideal” e, sim, o que é bom para cada paciente.

Grupo de Apoio às Comissões de Ética Médica – Gacem

Autores

Airton Gomes

Médico tocoginecologista. Delegado Superintendente da Delegacia Regional do Cremesp, Santo André. Cursando doutorado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP

E-mail: airtongomesabc@terra.com.br

Carlos Alberto Pessoa Rosa

Formado pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Especialista em Clínica Médica e Cardiologia. Delegado Regional do Cremesp, Delegacia de Bragança Paulista

E-mail: meiotom@uol.com.br

Gabriel Oselka

Professor associado do Departamento de Pediatria e Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP. Coordenador do Centro de Bioética do Cremesp

E-mail: gabriel@cedipi.com.br

Jarbas Simas

Médico Perito e do Trabalho; Advogado e Mestrando em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/PUC-SP; Delegado Superintendente da Delegacia Metropolitana do Cremesp, Vila Mariana

E-mail: simas@uol.com.br

Lisbeth Afonseca Ferrari Duch

Neurocirurgiã pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Especialista em Bioética pelo Instituto Oscar Freire, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP. Delegada Superintendente da Delegacia Metropolitana do Cremesp, Zona Oeste

E-mail: lisbethduch@hotmail.com

Max Grinberg

Diretor da Unidade Clínica de Valvopatia do Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HC/FMUSP; vice-presidente da Comissão de Bioética do HC/FMUSP; Delegado da Delegacia Metropolitana do Cremesp, Vila Mariana

E-mail: max.grinberg@incor.usp.br

Reinaldo Ayer de Oliveira

Docente de Bioética do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da USP; Coordenador da Câmara Técnica Interdisciplinar de Bioética do Cremesp

E-mail: rayer@usp.br

Rosany Pimenta da Silva

Urologista pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP. Presidente da Comissão de Ética do Hospital do Servidor Público Municipal. Delegada da Delegacia Metropolitana do Cremesp, Vila Mariana/SP

E-mail: pimentarosany@ig.com.br

Sérgio Gomes de Souza

Ginecologista e obstetra pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP. Mestre em Obstetrícia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP. Delegado da Delegacia Metropolitana do Cremesp, Zona Oeste

E-mail: sergiogomes@cremesp.org.br

CASO 1

Autonomia do Idoso



Resumo

Homem com 82 anos de idade, lúcido e ativo, procura atendimento, queixando-se de fraqueza e fadiga, vômito com sangue e perda de peso não-intencional. Durante exames é detectado câncer de estômago em estágio avançado. Filha pede ao médico que não informe ao paciente o diagnóstico, pois “conhece bem o pai e sabe que a notícia vai apressar a morte dele”.



Exposição dos detalhes

Há meses homem de 82 anos de idade, totalmente lúcido e ativo, reclama com filha e genro, com quem mora, de “desconfortos” que estão atrapalhando sua rotina de anos – que incluía alimentação saudável, porém abundante, e longas caminhadas diárias. Segundo explica, já não “conta com o mesmo apetite de antes” e, após as refeições, apresenta “queimação e inchaço no abdome”, além de certa “canseira”.

No início, o casal não valoriza as queixas, pois o paciente sempre foi tido como “um pouco hipocondríaco” – comportamento piorado em decorrência da idade e pelo fato de o próprio pai haver morrido de câncer, “doença terrível”, como sempre garante.

Os familiares começam a se preocupar, ao notar perda de peso e deterioração progressiva da saúde do idoso: a dita canseira se transforma em fadiga crônica e passa a ser freqüente o vômito com um pouco de sangue, depois de alimentar-se.

Acompanhado pela filha, é submetido a consulta de médico do convênio – com o qual não tivera contato anterior. Endoscopia digestiva alta e outros exames indicam câncer avançado no estômago, sem chances de recuperação, conforme informado pelo médico à filha do paciente, quando esta procura saber, por telefone, os resultados dos exames: a quimioterapia poderia até auxiliar, mas só por poucos meses.

A moça implora que a gravidade não seja revelada ao pai, alegando: “o diagnóstico servirá apenas para abreviar a vida dele”. Sugere que os sintomas sejam atribuídos a “uma ulcerazinha”.

O médico deve acatar o pedido ou explicar ao paciente seu estado, baseado no princípio da Autonomia? Comunicar a um parente o diagnóstico de um paciente, antes de comunicar ao mesmo, é atitude eticamente aceitável?

Eixo Central

Autonomia do paciente idoso

Pergunta-base: Idoso capaz deve, obrigatoriamente, ser informado sobre diagnóstico de doença terminal?



Argumentos

■ O Art. 17 do Estatuto do Idoso estabelece que “ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável”.

■ No entanto, a filha poderia se basear no Art. 10 Parágrafo 3º do Estatuto, que diz “é dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”.

■ O médico, por sua vez, poderia utilizar como argumento o Art. 4º para revelar ao paciente sua doença, permitindo que este se submeta à quimioterapia, capaz de prolongar sua vida. Ou seja, “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei”.

■ Segundo o Código Civil, idosos lúcidos e psicologicamente saudáveis, não alcoólatras, não viciados em drogas ou pródigos *nunca* são considerados como *incapazes* a vida civil, independentemente da idade. Estas condições são restritas a pessoas menores de 16 anos. São vistos como *incapazes relativamente a certos atos* maiores de 16 anos e menores de 18, ébrios, viciados em drogas e os que, por deficiência mental, tenham discernimento reduzido e os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo.

■ De acordo com o Art. 3º, inciso I da Lei 8.842/94 - Política Nacional do Idoso, a família, a sociedade e o Estado “têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida”.

■ Muitas vezes, até mesmo por pressão das famílias, surge o dilema de dizer ou não a verdade para os pacientes idosos, com o objetivo de preservá-lo do impacto e da ansiedade. Na realidade, o dilema não é revelar ou não a verdade, mas, sim, qual a forma mais adequada de comunicá-la. Escolher a maneira viável que possa causar o menor dano e impacto possível (...) A não-revelação da verdade pode impedir o paciente de tomar decisões importantes sobre o seu tratamento e sua vida pessoal. Da mesma forma, impede o paciente e família de se prepararem para eventos prováveis, inclusive a morte (...) Goldim, *Relação profissional-paciente idoso*.

■ O paciente também tem o direito de “não saber”, caso manifeste expressamente esta sua vontade. O profissional de saúde tem que reconhecer claramente quando esta situação ocorre e buscar esclarecer com o paciente as suas conseqüências. (...) Após isto, a sua vontade deve ser respeitada. Nesta situação, deve ser solicitado que ele, ou ela, indique uma pessoa de sua confiança para que seja o interlocutor do profissional com a mesma. Goldim, *Relação profissional-paciente idoso*.

■ É vedado ao médico, conforme o Código de Ética Médica, Art. 48: “exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar”; e o Art. 56, “Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”.

■ Porém, o Art. 59 estabelece ser proibido deixar de informar ao paciente o diagnóstico, prognóstico, os riscos e os objetivos de tratamento, “salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal”.



Eixos Secundários

- Relação médico–familiares
- Relação médico–paciente
- O direito de não saber
- Cuidados de final de vida
- Direitos do médico
- Direitos do paciente
- Direitos do cônjuge e dos filhos



Situações que poderão ser levantadas

- ◆ A dúvida do médico se refere especificamente ao caso de paciente idoso? E se um jovem com câncer gravíssimo fosse o paciente, e seus pais pedissem para que não fosse revelada a ele sua condição?
 - ◆ Como determinar os riscos e benefícios de uma revelação do gênero?
 - ◆ Caso a opção do médico fosse fornecer apenas ao paciente o diagnóstico de morte iminente, depois do falecimento, a família poderia processá-lo?
 - ◆ E se houver conflitos entre os irmãos sobre informar ou não ao pai (mãe) o diagnóstico?
 - ◆ Sob o ponto de vista ético, omitir o diagnóstico é o mesmo que mentir?



Discussão

Por Carlos Alberto Pessoa Rosa

“... tudo começa pelo direito do outro e por sua obrigação infinita a este respeito. O humano está acima das forças humanas.” *Emanuel Lévinas*.

“Toda arte e toda investigação e igualmente toda ação e toda escolha preferencial tendem para algum bem, ao que parece. Portanto declaramos com razão que o Bem é aquilo para o qual toda coisa tende.” *Aristóteles* in: *Ethique à Nicomaque*

Os problemas éticos a serem levantados no caso apresentado trazem em si duas questões para reflexão: a **Autonomia** e o **Paternalismo**.

Diante de uma pessoa idosa, consciente de suas representações e acontecimentos mentais, apta a exercer plenamente sua autonomia, haveria espaço para apelos de cunho paternalista, para que o profissional sonegasse informações sobre seu estado de saúde?

Questões de direito e limites são colocadas e envolvem: o médico (ligação técnico-científica); a filha (ligação afetiva); e o idoso (doente). Todas são regidas pela Constituição Federal e pelo Código Civil, respondendo o médico também ao Código de Ética Profissional, havendo ainda o Estatuto do Idoso, com normas próprias à idade, e que devem ser respeitadas pela sociedade.

O argumento da filha de que informar o pai sobre seu estado de saúde poderia vir a prejudicá-lo procede de uma tendência histórica de se considerar o idoso um sujeito incapaz. Não estamos livres da possibilidade de essa vocação cultural contaminar a relação médico–paciente, o que poderia, em algum momento, nos levar a fazer a mesma dedução.

À exceção de necessidade sinalizada pelo próprio paciente, não deve haver espaço para o exercício de poder fundamentado no paternalismo. As decisões devem seguir as normas do contrato social que impliquem a percepção verdadeira do ‘outro’, e não uma tabela de incapacidades, como se faz ainda com o idoso.

É de se supor que todos temos a perspectiva de uma “vida boa” como acreditava Aristóteles, ou de uma “vida verdadeira”, como sugeriu Proust.

Uma reflexão pertinente com base na idéia de “vida boa” seria tentar localizar, a partir da escolha de nosso plano de vida, a zona de intersecção,

aquela onde outras vidas e outros planos serão compartilhados, desvendando-se do 'nós' o que pertence ao 'eu', exercício que nem sempre queremos assumir por geradores de controvérsias, frustrações e angústia.

Queiramos ou não, uma das características das relações humanas no mundo atual é seu caráter mais individualista que coletivo, o que exige das pessoas, a partir desse deslocamento, o exercício de uma obediência a 'si-mesmo', quando a arbitragem ética preocupa-se mais com a compreensão e o respeito às diferenças que com o reforço à semelhança, prática até então exercida pela sociedade.

Não há nada de fechado ou hermético na prática da autonomia. Ao contrário, exercê-la exige uma maior abertura à vida, à pluralidade, à reflexão e às mudanças. Viver com e para o 'outro', sem fazer prevalecer valores individuais, e ligar-se ao aperfeiçoamento das relações, aproximando as leis à prática cotidiana, com solicitude, em permanente construção, é o desafio atual.

Ser autônomo é uma construção autoral na narrativa social, uma atuação reflexiva, e não um repetir o que por outro pensado ou decidido. Isto exige um sujeito mais tolerante às diferenças de toda ordem, e ele mesmo atuando o que de diferente.

O "bem viver" implica que a sociedade construa um sentido de justiça nas relações interpessoais e na vida das instituições.

É o contrato entre o 'eu', o 'tu' e o 'outro' que vai determinar, dinamicamente, a inspiração de uma nação, de um povo. A prática universal do direito passará pela percepção e absorção das diferenças, da pluralidade. Quanto mais justo o contrato social, mais a prática do direito representará as atitudes e os sentimentos dos indivíduos de um povo, grupo ou comunidade; seu ETHOS.

O sentido de justiça não se esgota na construção dos sistemas jurídicos, principalmente nos momentos em que a sociedade questiona seus valores de uma forma plural e veloz como agora, levando muitas vezes a questões em que o direito não contempla o que por princípio seria justo, e isto gera conflitos na prática diária.

Na atualidade, os valores estão sendo rediscutidos, novos elementos

são acrescentados à reflexão ética, como é o caso da autonomia e da alteridade. Percebe-se forte tendência ao pensar e ao viver, o que provoca mudanças no sujeito e nas instituições. Caminha-se do coletivo para o individual, e deste para a pluralidade.

Aí está o desafio, devemos estar preparados para um exercício ético baseado na compreensão, na percepção da existência de um ‘eu’ como ‘si-próprio’, e que é ao mesmo tempo o ‘outro’.

É freqüente na prática clínica vivenciarmos situações em que filhos interferem na vida pessoal e emocional de pais idosos, impedindo que eles construam uma vida independente, tudo muito bem recheado com um forte discurso protetor.

A essa relação de cunho patriarcal ou paternal, com forte tendência a dissimular, escamotear o que de fundo existe, denominamos paternalismo. Com um discurso protetor quanto aos perigos a que estão expostos os idosos, muitos filhos e profissionais de saúde podem estar limitando sua autonomia.

O conflito entre autonomia e paternalismo que o caso nos traz, só poderá ser resolvido de um modo satisfatório a partir de uma relação médico–paciente consistente, que contemple não apenas o lado técnico, mas um conhecimento do ‘outro’ que ofereça elementos para uma melhor decisão.

Diante da possibilidade de não mencionarmos uma determinada situação ao paciente (omissão) ou faltarmos com a verdade (mentira), devemos ter claro que é dele o direito de saber ou não a verdade, ou o quanto dela deseja conhecer, cabendo ao médico a perspicácia de captar essa informação, a qual, pela complexidade da resposta do sujeito à doença, nem sempre é clara e límpida.

Na prática clínica, há o paciente que desde o início indica que nada deseja saber sobre seu estado, delegando ao médico total liberdade de ação e cuidados, até aquele que expressa a vontade de não ser enganado em momento algum, querendo participar das decisões. Logicamente, devemos ter em conta que tanto um quanto outro podem, em algum momento, mudar o curso de suas decisões; entretanto, a grande maioria vai alinhavando na relação médico–paciente o conhecimento sobre seu estado.

O médico não deve ter opiniões fechadas como a de mentir ou dizer a verdade em todos os casos, assim como deve saber ouvir não apenas o paciente, mas também os familiares, agindo com paciência e comedimento, sabedor de que estes agem pensando no melhor para seu parente. O que cabe ao profissional é estar atento às sinalizações do paciente, para captar o quanto de paternalismo ou de autonomia ele deseja, não lhe causando, assim, danos maiores que os provocados pela própria doença. Muitos pacientes desejam resolver problemas pessoais, podem ter projetos que gostariam de concluir, e ninguém pode negar-lhes esse direito.

Nada impede, ao contrário, é saudável que em determinadas situações e instituições recorramos a profissionais de outras áreas, como psicólogos e assistentes sociais, que podem facilitar a tomada de decisão, estimulando, onde for possível, um trabalho multidisciplinar, mas nunca com o objetivo de restringir ou limitar o direito que o idoso tem de saber, quando é este seu desejo. O que devemos é procurar o melhor modo de dizer a verdade que o sujeito se permite a ouvir, não nos esquecendo de que devemos respeitar seu direito de segredo médico quando assim solicitado.

Para concluir, nunca é tarde para reforçamos que todas essas questões fazem parte do histórico do paciente, e as discussões, assim como as conclusões, devem estar devidamente registradas no prontuário médico.

Bibliografia

- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940
- Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. [online]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/2002/L10406.htm>
- Brasil. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>
- Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. [online]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: (<http://www.pge.sp.gov.br/centrodestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm>)
- Goldim JR. Relação profissional-paciente idoso. [on-line]. Rio Grande do Sul; 2000 [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/relido.htm>
- Ricoeur P. *O si-mesmo como outro*. Campinas, SP : Papyrus Editora; 1991
-

CASO 2

Acobertamento



Resumo

Ao realizar uma operação, cirurgião percebe que a obstrução que culminou no procedimento decorre de esquecimento de compressa na cavidade abdominal de paciente, em cirurgia anterior. Limita-se a jogar o “corpo estranho” no lixo, sem dizer nada. Ao recolher o material desprezado, circulante de sala percebe que há onze compressas, sendo que a operação começara apenas com dez.



Exposição dos detalhes

Paciente é internado e rapidamente operado devido a quadro de obstrução intestinal de causa indeterminada. Ao realizar o procedimento, cirurgião encontra na cavidade abdominal uma compressa cirúrgica. Como já havia lido o prontuário do paciente, deduz que o corpo estranho fora esquecido em operação anterior de extração de vesícula, realizada por colega (e amigo) gastroenterologista.

Decide, então, não revelar o fato a ninguém – nem ao paciente, muito menos à Comissão de Ética Médica da instituição ou à diretoria – jogando a compressa no *hamper*. Para tomar tal decisão, pensa em algo como “até os mais hábeis e experimentados cirurgiões reconhecem a probabilidade desses acidentes... A estatística demonstra que todos aqueles que se dedicam, por anos a fio, a essa tarefa profissional incorrem em tais acidentes, embora esporadicamente”. Enfim, dificilmente um bom cirurgião escapou desse dissabor.

Ao recolher o material desprezado durante a operação, circulante de sala percebe a presença de onze, em vez de dez compressas cirúrgicas, como seria o esperado. Uma delas, nota, está mais “escura e diferente das outras”.

Ao comunicar ao médico o que encontrou, deixa claro que o apoiaria em toda e qualquer atitude, no sentido de prolongar ou não aquela história. Porém, a outra atendente presente não concorda em acobertar e traz a situação à tona.

Eixo Central

Acobertamento de erro de colega

Perguntas-base: Você revelaria a paciente erro de colega, já que o doente fora submetido a uma cirurgia, em virtude deste erro? Revelaria à Comissão de Ética Médica (CEM) do hospital? Revelaria a ambos?



Argumentos

■ Em vários artigos, o Código de Ética Médica condena o ato de acobertar um colega. Entre eles, pode-se citar o Art. 19, “o médico deve ter, para com seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética Médica da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina”; Art. 79, é vedado acobertar erro ou conduta antiética de médico.

■ De acordo com o Art. 46, é vedado ao médico “efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida”; Art. 59, deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

■ Na opinião de França, o simples fato de haver esquecimento de um corpo estranho num ato operatório, por si só, não constitui, moral ou penalmente, um fato imputável, a menos que estas situações se repitam em relação a um determinado profissional, o que, por certo, viria a se configurar em negligência.

■ Para França, quando da avaliação do dano produzido por um ato médico, deve ficar claro, entre outros fatores, se o profissional agiu com a cautela devida e, portanto, descaracterizada de precipitação, inoportunismo ou insensatez.

■ Segundo ele, se reconhece que esses cuidados não dependem apenas do cirurgião e de sua habilidade, mas também, dos que participam direta ou indiretamente do ato operatório e inclusive do tipo de material utilizado nessa forma de trabalho (Parecer Consulta 34.377/92, Cremesp).

■ Por outro lado, também França, no capítulo Erro Médico, do livro *Iniciação à Bioética*, afirma “é fundamental que o paciente seja informado pelo médico sobre a necessidade de determinadas condutas ou intervenções e sobre seus riscos e conseqüências”.

■ Mesmo um eventual Termo de Consentimento não isentaria o profissional de responsabilidade, caso se demonstre que ele atuou com negligência, imprudência ou imperícia. Esses elementos, que compõem o elemento subjetivo do crime culposos (havendo morte ou lesões corporais), implicarão a responsabilização do médico, não obstante o “Termo de Consentimento” possa ter sido claro, minucioso e abrangente.



Eixos Secundários

- Direitos do paciente
- Comunicação ao paciente
- Erro médico
- Termo de consentimento livre e esclarecido
- Acobertamento por membros da equipe não–médicos
- Responsabilidade de cada membro dentro de uma equipe multidisciplinar
- Prontuário



Situações que poderão ser levantadas

- ◆ O esquecimento de um corpo estranho jamais pode ser considerado como um erro médico?
 - ◆ Não indicar no prontuário o esquecimento de compressa em procedimento anterior significa conivência?
 - ◆ E se, em vez de amigo, o gastroenterologista fosse um desafeto do cirurgião? Seria ético revelar sua falha?
 - ◆ Se o paciente morresse, quem seria o responsável?
 - ◆ Caso o mesmo médico fosse o responsável pela operação anterior, a situação ética mudaria?



Discussão

Por Rosany Pimenta

No dicionário Aurélio, o ato de “acobertar” assume vários significados, como o de “apadrinhar”; “proteger”, “favorecer”, “encobrir” ou “dissimular”.

Entre os médicos, em geral, o acobertamento se traduz em “acobertar exercício ilegal da Medicina e más práticas de outros profissionais, além de ocultar informações” e figura entre os principais motivos de queixas no Cremesp por infringência ao que se espera de uma adequada conduta ético-profissional.

Em si, a prática de acobertar equívocos da chefia, pares e até dos diretamente envolvidos sempre existiu, não só na Medicina, como em todas as profissões que, infelizmente, carregam o ranço do corporativismo.

Apenas para se dar uma idéia: havia uma tendência clara ao paternalismo no Código de Ética Médica de 1929 (então chamado de Código de Moral Médica) que era absolutamente complacente ao acobertamento, quando, em seu Art. 48 admitia que o chefe da equipe (“consultor”) teria a obrigação de “atenuar o erro quando realmente houver e abster-se de juízos e insinuações capazes de afetar o crédito do médico assistente e a confiança de que fora objeto por parte do enfermo e de seus parentes”.

Apesar de não ser claramente contemplada pelo âmbito jurídico – leia-se, “acobertar” ou “desempenhar atitudes corporativistas” *não aparecem como crime* – não relatar erro de colega, em prejuízo do paciente, corresponde a *falta ética grave* e que figura explicitamente de Códigos de Ética Médica.

No decorrer de mais de cinqüenta anos – embora insistindo sobre a importância da solidariedade entre os membros da profissão –, a visão sobre o assunto tem mudado. Em seu Art. 8º, o Código de Ética Médica de 1953 lembra que mesmo solidariedade tem limites, quando traz: “o espírito de solidariedade não pode induzir o médico a ser conivente com o erro, ou deixar de combater os atos que infringem os postulados éticos ou disposições legais que regem o exercício profissional”. No entanto, o mesmo texto orienta: “a crítica de tais erros ou atos não deverá ser feita em público ou na presença do doente ou de sua família”.

O Código atual, no capítulo VII, Art.79, que fala sobre Relações Entre Médicos, não poderia ser mais direto sobre o assunto: literalmente veda ao médico “acobertar erro ou conduta antiética” de colega.

Em nossa opinião, omitir-se perante situações de equívoco ou erro é algo capaz de gerar uma seqüência de prejudicados, que se inicia pelo próprio paciente: ele tem o direito de saber que foi submetido a um dano ou risco por atos não peritos, imprudentes, negligentes, antiéticos, ou mesmo, aqueles erros considerados “humanos”.

Ainda que tenha assinado um Termo de Consentimento Esclarecido (pois este não exclui responsabilidade do médico sobre seu atendimento ou procedimento), o paciente tem a prerrogativa de fazer uso de sua própria autonomia para avaliar a situação em que foi envolvido e, se assim julgar, a possibilidade de procurar seus direitos junto às instâncias legais, como o Cremesp.

É bom não se perder de vista que outro erro ético gravíssimo está aqui embutido: se acobertou, o médico não anotou informações técnicas pertinentes ao atendido no local destinado a isso: o prontuário. O Art. 69 do Código de Ética Médica especifica que o médico “não pode deixar de elaborar prontuário médico a cada paciente”.

A própria profissão médica e, até mesmo, o exercício da Medicina, correm riscos devidos a prática de acobertamento, já que esta gera um clima de insegurança entre colegas e em relação à equipe multidisciplinar que os cerca: cria-se uma espécie de “telhado de vidro” entre eles.

Há, ainda, o estímulo à desconfiança por parte dos atendidos e da sociedade, em especial, quando os ‘erros’ acobertados vêm à tona.

Sabemos que existem dificuldades em se revelar atitudes errôneas ou antiéticas de colegas a instâncias superiores e/ou aos pacientes. Situações que envolvem hierarquia são as mais complicadas, bem como aquelas que colocam frente a frente residentes e preceptores: em ambos os casos, é possível que quem se sentir atingido lance mão de artifícios escusos, como pressão e assédio moral.

Para lidar com estes problemas, é preciso manter sempre em mente que os compromissos mais sérios e indelévels dos médicos referem-se à verdade e à sua responsabilidade com a vida do seu paciente.

Tanto residentes como médicos com formação completa em alguma especialidade devem respeitar seu dever de consciência e jamais entrar em “esquemas”: sua defesa parte do Código de Ética Médica que, em seu Art. 85, proíbe ao médico “utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos”.

Se forem residentes, é preciso deixar claro que a residência médica constitui-se em modalidade de ensino de pós-graduação, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando em instituição de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação profissional.

Ou seja, médicos residentes não devem assumir atribuições sem supervisão, devendo estas ser realizadas somente se houver um preceptor responsável diretamente pelo seu treinamento. Qualquer erro em atendimentos que quebre esse fundamento terá de ser compartilhado – diga-se de passagem, compartilhamento este estendido aos demais membros da equipe, conforme a relação com as atribuições de cada profissional.

Apontados malefícios e dificuldades envolvendo o tema, vale destacar que existem métodos “preventivos” ao acobertamento.

O primeiro é investir no comportamento ético dentro da Universidade, Internato e/ou Residência, para que os que se iniciam na carreira já cheguem preparados e com valores de Justiça e Ética inseridos em sua formação.

Esta educação em serviço serve, inclusive, para prevenir atuações prepotentes por parte de médicos que se julgam acima de todas as regras – condutas estas que levam ao erro e, conseqüentemente, à possibilidade do acobertamento.

Tão (ou mais) importante é empenharmos esforços em busca da melhoria da relação médico–paciente. Como qualquer ser humano, o médico é passível de erros: se não for negligente, imprudente ou imperito, conseguirá se fazer entender bem melhor pelo atendido, contanto que ambos tenham estabelecido relação de cumplicidade, de confiança e cordialidade.

Creemos que a revelação sobre o corpo estranho deveria ser feita, pelo menos, em dois momentos. O primeiro envolve o prontuário: as minúcias dos procedimentos devem ser cuidadosas e completas, sem a omissão de

pontos fundamentais – como a descoberta de corpo estranho durante ato operatório. Não menos importante é a comunicação explícita ao paciente sobre objeto esquecido em seu corpo, em ato médico anterior.

Ou seja: não basta anotar tal ocorrência no prontuário, mesmo que se use o argumento de que se trata de documento que pertence ao paciente. O teor completo do Art. 70 do Código de Ética Médica veda ao médico “Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros”.

Eventualmente, seria de bom-tom, ainda, informar sobre o achado ao médico que realizou o primeiro ato operatório para que, se fosse o caso, assumisse a tarefa de comunicar o erro ao paciente, juntamente com o colega que encontrou o corpo estranho.

No caso em tela levantam-se questões complicadas e resultados variáveis. Há quem defenda que um simples esquecimento de corpo estranho durante operações não se constitui moral e penalmente em fato imputável, a menos que as situações se repitam. Partindo-se deste princípio, se julgarmos que não houve erro, não houve acobertamento.

Ainda que se discorde de tal ponto de vista, o esquecimento da compressa pode não ter sido resultado de mera displicência por parte do colega: suponhamos que se trate de cirurgia de urgência, com sangramento importante, em paciente obeso – o erro não é justificável, mas pode ser compreensível, por conta de tais situações adversas.

Portanto, antes de se julgar cada caso e avaliar se houve “erro”, as circunstâncias presentes devem ser avaliadas.

Sendo assim, a conduta do segundo cirurgião deve ser, a nosso ver, a mais clara possível, sem induzir ao entendimento de ter havido erro do cirurgião que o antecedeu, mesmo porque desconhece as condições reais daquela cirurgia. Antes mesmo de se imputar a existência ou não de “erro médico” ao responsável pela compressa remanescente, acreditamos que deva ser dada a ele chance de contacto com seu paciente, pois a relação médico–paciente bem construída ajudará no esclarecimento de possíveis **acidentes** que, nem sempre, configuram **erro médico**.

Bibliografia

- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Guia da relação médico paciente. São Paulo, SP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2001. [on-line]. [Acessado em: 9 abril 2008]. Disponível em: http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&tipo_pub=H&cod_publicacao=4
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 34.377/92. Presença de corpo estranho. Homologado na 1.537ª RP em 21/06/93. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=4813
- Martin LM. O Erro médico e a má prática nos códigos brasileiros de ética médica. *Bioética* 1994; 2(2):163-73. [on-line]. [Acessado em: 10 abril 2008]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/ind2v2.htm>
-

CASO 3

Auditoria



Resumo

Médico auditor vai a hospital com o objetivo de analisar autorização do uso de um medicamento caro. Sem autorização da direção do hospital, acessa prontuário do paciente e tece comentários deletérios a respeito da atuação de colega infectologista, na frente de outros profissionais e da família do atendido.



Exposição dos detalhes

Médico auditor de operadora de Plano de Saúde de abrangência nacional, vinculado ao estado do Rio de Janeiro, faz auditoria hospitalar em São Paulo, sem previamente estar regularizado no Cremesp.

Vai ao local para analisar se é devida a solicitação de autorização para utilização de antibiótico de última geração em paciente com septicemia internado na UTI. Na ocasião, sem se apresentar à direção do referido hospital, inicia suas atividades acessando o prontuário do paciente, onde faz anotações quanto ao que lhe fora solicitado. Durante a sua análise, retira do prontuário resultado de antibiograma e hemocultura que será útil na operadora para justificar a negativa de autorização para realização do tratamento proposto.

Posteriormente, sem comunicação prévia ao médico infectologista assistente, examina o paciente e relata à família e ao próprio que tal antibiótico em “nada vai mudar o curso natural da doença, motivo pelo qual não autoriza a sua administração”. Naquele momento comenta com

o intensivista (na presença de outros profissionais) que o caso está sendo mal conduzido e que aquela prescrição é inadequada.

Chegando à operadora, propõe que seja feito acordo com o hospital para utilização de medicação de menor custo. Relata o caso, fundamenta seu procedimento e propõe descredenciamento do infectologista e do hospital depois do atendimento que está sendo prestado. Alega também que como a glosa foi expressiva, terá um faturamento maior, já que é remunerado num percentual calculado do montante de glosas efetuadas.

Paciente evoluiu mal e falece. Alguns dias depois a família encaminha denúncia de mau atendimento à Comissão de Ética Médica do referido hospital alegando que, conforme o médico auditor, o tratamento do paciente fora mal conduzido pelos médicos da instituição. Adverte que será elaborado boletim de ocorrência e que proporá ação civil, visando obter indenização por perdas e danos.

Eixo Central

Autonomia do auditor médico/Autonomia do assistente

Pergunta-base: Até que ponto auditor pode interferir no tratamento de paciente?



Argumentos

■ Segundo o Código de Ética Médica, 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.

■ O Art. 11 do Código de Ética Médica estabelece que o médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador.

■ Conforme o Art. 81, é vedado ao médico alterar a prescrição ou

tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

■ Segundo o Art. 3º da Resolução CFM 1.614/01, o médico, na função de auditor, deverá identificar-se de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar, sempre, o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina.

■ A mesma resolução, Art. 8º veda ao médico, na função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar procedimentos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.



Eixos Secundários

- Direito de acesso ao prontuário
- Negativa para autorização de tratamentos
- Relação entre colegas
- Limites regionais de atuação
- A ética e o aspecto financeiro dos tratamentos



Situação que poderá ser levantada

- ◆ Em que circunstâncias é ético que o auditor modifique a prescrição do colega assistente?



Discussão

Por Jarbas Simas

A Auditoria Médica constitui-se em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços. Por se tratar de ato médico, exige o conhecimento técnico pleno e integrado da profissão. Está na pauta de diversos países – não só no Brasil – preparar normas de atendimento adequadas, indicadas a médicos, nas diversas patologias.

Isso decorre de duas necessidades básicas:

1º Uniformizar o bom atendimento em relação ao tipo de avaliação clínica, à solicitação de exames para confirmar ou excluir outro diagnóstico, e à orientação terapêutica indicada.

2º Avaliar a relação custo/benefício dos procedimentos médicos eficientes e o comportamento cientificamente permissível, mas de gastos inaceitáveis para a realidade econômica atual.

O desafio, então, é implementar uma boa Medicina que satisfaça o médico e o paciente e que não onere o sistema médico do país com gastos dispensáveis.

Pela frequência com que ocorrem em nossa realidade, vale a pena abordarmos situações como a exposta no caso em questão: foca-se na discordância de opinião entre o médico assistente que acompanha o paciente e o médico auditor – responsável por liberar ou não determinada internação, procedimento, exame, ou medicamento.

Na “engrenagem” exemplificada, qual é a opinião que prevalece? É permitido que um médico desvalorize diagnóstico e a conduta de colega? Eventual não-autorização ou glosa de atendimento médico prestado ao paciente pode acarretar um processo ético disciplinar ao médico? estão entre os dilemas que podem ser enfrentados por estes especialistas.

Como exemplo, mencionamos o caso de médico auditor responsável por avaliar a necessidade de medicamento prescrito pelo médico assistente.

Durante a realização da auditoria, o médico auditor, com CRM do Rio de Janeiro, não regularizado no Cremesp, vai a determinado hospital

onde se encontra paciente que tem direito ao convênio médico ao qual o mesmo está vinculado. Sem se identificar, acessa o prontuário e examina o paciente, se eximindo de pedir autorização expressa da direção do hospital e/ou presença do médico assistente.

Após analisar o prontuário e a prescrição do colega assistente, examina o paciente e faz comentários desairosos ao tratamento dispensado, não autorizando a utilização da medicação prescrita. Em resumo, adentra ao hospital, sem se identificar e sem pedir autorização da direção para tal, descaracteriza a necessidade da medicação prescrita fazendo comentários quanto à conduta do colega, ao próprio, aos familiares e aos assistentes, nega a utilização do medicamento e comunica o fato ao convênio médico, solicitando descredenciamento tanto do colega assistente quanto do hospital. Alega também que, como a glosa foi expressiva, terá um faturamento maior, já que é remunerado num percentual calculado do montante de glosas efetuadas.

O paciente evolui mal e falece – o que gera grande revolta dos familiares que denunciam o tratamento dispensado ao paciente à Comissão de Ética Médica (CEM) do hospital, advertindo que será elaborado boletim de ocorrência e que proporão ação civil, visando obter indenização por perdas e danos.

Não satisfeitos com a conduta do médico responsável pelo atendimento – e, ainda, incentivados pela opinião do auditor –, familiares formulam denúncia ao Cremesp e acionam judicialmente o hospital e os médicos assistentes, questionando o óbito e o tratamento dispensado ao paciente.

Para a análise ética de toda essa situação, optamos por recorrer ao Código de Ética Médica, capaz de nos fornecer caminho adequado. Partindo-se de uma análise ao código, não é ético que um médico auditor critique a conduta de colega diante de paciente e familiares ou mude o tratamento a seu bel-prazer – causando, em última análise, intranquilidade aos mesmos.

O Art.19 do Código enfatiza que o profissional deve ter “para com seus colegas respeito, consideração e solidariedade”. O Art. 11 estabelece que “deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que

tiver conhecimento no desempenho de suas funções”. O Art. 81 veda “alterar a prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável”.

Neste sentido, vale ressaltar que o auditor não é o médico daquele paciente, visto que não assume a responsabilidade pelo tratamento. Leia-se: o auditor não deve, por decisão individual, trocar a terapia proposta, ou inserir, no prontuário do paciente, eventuais críticas à conduta do assistente. Se necessárias, o local adequado seria um documento apartado.

Já o médico assistente tem a prerrogativa de mencionar, no prontuário do paciente, sua discordância perante eventuais trocas de medicamento adotadas pelo auditor.

As falhas embutidas na atuação do auditor ficam mais evidentes, se empregarmos o teor da Resolução CFM 1.614/2001.

Entre outros pontos, estabelece que o médico, no exercício de auditoria, deverá estar regularmente inscrito no Cremesp da jurisdição onde ocorreu a prestação do serviço auditado. Quando ocupar a função de auditor, deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar, sempre, o número de seu registro no Cremesp e identificar-se ao diretor técnico ou substituto da unidade, antes do início de suas funções.

Quando ocupar a função de auditor, se obriga a manter o sigilo profissional, devendo, sempre que necessário, comunicar a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente. Está proibido de divulgar suas observações, conclusões ou recomendações – exceto por justa causa ou dever legal.

Em seu relatório, não pode exagerar ou omitir fatos decorrentes do exercício de suas funções, mas tem o direito de solicitar, por escrito, ao médico assistente os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades. Concluindo haver indícios de ilícito ético, o médico, na função de auditor, obriga-se a comunicá-los ao Cremesp.

Tem o direito de acessar, *in loco*, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

Quando da necessidade do exame do paciente, o médico assistente deve ser antecipadamente cientificado, sendo-lhe facultado estar presente durante o exame. Por outro lado, na função de auditor, o médico, só poderá acompanhar procedimentos no paciente com autorização do mesmo, ou representante legal e/ou do seu médico assistente.

Na função de auditor, o profissional não pode autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.

Encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação do atendido, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.

Quando integrante de equipe multiprofissional de auditoria, o médico auditor deve respeitar a liberdade e independência dos outros profissionais sem, todavia, permitir a quebra do sigilo médico.

Não compete a ele a aplicação de quaisquer medidas punitivas ao médico assistente ou instituição de saúde, cabendo-lhe somente recomendar as medidas corretivas em seu relatório, para o fiel cumprimento da prestação da assistência médica. Não pode, ainda, ser remunerado ou gratificado por valores vinculados à glosa.

Não é comum que colegas auditores cometam tantas incorreções quanto as trazidas no caso aqui discutido. Por outro lado, quando analisadas separadamente, as situações esboçadas são tão frequentes que aparecem diariamente em queixas formuladas junto aos Conselhos de Medicina.

Como ação profilática, é bom que fique claro, entre outros pontos, que a auditoria médica é uma ferramenta eficiente que pode ser utilizada pelos profissionais de saúde de forma a melhorar a atenção aos pacientes – nunca como um instrumento de pressão ou submissão ao atendido ou a outros colegas.

Exatidão e imparcialidade da auditoria médica dificilmente acontecem quando esta é vista como uma espécie de “ameaça” ou, pura e simplesmente, como uma forma autoritária de supervisionar o desempenho de um indivíduo (ou indivíduos).

Além disso, é fato que todos os médicos têm a responsabilidade de prestar aos seus pacientes a melhor atenção possível – o que poderia ser interpretado que não participar ou dificultar as auditorias são atitudes passíveis de serem interpretadas como violação ao código ético de conduta.

Bibliografia

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940

Brasil. Conselho Federal de Medicina. 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. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3057

CASO 4

Amputação



Resumo do caso

Clínico atende em hospital mulher com 42 anos de idade, apresentando pé diabético em conseqüência de vasculite, com claros sinais de necrose. Recomenda amputação como único meio de prevenir infecção sistêmica e morte –diagnóstico confirmado pelo colega cirurgião vascular. Paciente recusa terminantemente procedimento. O médico pode abandonar o caso?



Exposição dos detalhes

Clínico atende em ambulatório paciente de 42 anos, fumante, obesa e diabética do tipo 2. Inicialmente, esta se queixa apenas de algo “errado” com seu pé direito, ou seja, impressões de “formigamento” e “agulhadas”, além de falta de sensações de frio e calor na região.

Apesar de alertada pelo médico sobre os riscos do aparecimento de lesões de difícil tratamento em virtude do “pé diabético” e a respeito dos cuidados necessários, a paciente desvaloriza os sintomas durante um ano, não procurando mais atendimento. Continua fumando e alimentando-se em excesso.

Pior: aconselhada por amigas, passa a comprar sapatos dois números menores ao que calça, buscando reaver “o equilíbrio” diminuído pela perda da sensibilidade protetora do membro, o que ocasiona o esmagamento de várias unhas. Com o tempo, feridas pequenas se tornam importantes e infeccionadas – quadro bastante piorado por problemas de cicatrização, em virtude da doença de base.

Sem dor, só percebe a seriedade do caso ao apresentar febre alta e sentir o forte cheiro exalado pelos ferimentos. Decide, então, procurar o médico, que recomenda amputação urgente do pé e de parte da perna, até a altura do joelho, pois “há risco de infecção sistêmica e choque séptico”.

Pela piora progressiva do quadro procura uma segunda opinião, desta vez, de um cirurgião vascular do mesmo hospital, que confirma totalmente o diagnóstico e a interna para a “imprescindível” operação. Com o apoio do marido e filhos, doente se nega totalmente a procedimento, visto que preferiria “morrer inteira a sobreviver com um pé só”. Encaminhada ao psiquiatra, é avaliada como competente para tomar suas próprias decisões, o que leva o cirurgião vascular a retirar-se do caso, por julgar que nada poderia fazer.

Família recorre ao clínico para que continue ministrando no hospital “o tratamento possível” à paciente. O médico diz que, por não terem sido seguidas suas recomendações, não pode dar continuidade ao atendimento.

Eixo Central

Autonomia do médico

Pergunta-base: Médico pode abandonar um caso, baseado no fato de que o atendido não aceitou procedimento indicado?



Argumentos

■ Há vários artigos do Código de Ética Médica que podem ser aplicados a essa situação, em especial, o Art. 61 que veda ao médico abandonar paciente sob seus cuidados. Parágrafo 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou ao seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

■ Segundo o Art. 7, o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico.

■ O Art. 32, porém, proíbe o médico de isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.

■ Segundo o Art. 133 do Código Penal, nenhum cidadão pode abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono. O crime de Omissão de Socorro é caracterizado no Art. 135: “é vedado a qualquer pessoa: 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”.

■ França opina que quando o profissional estiver diante de um caso de recusa de condutas terapêuticas ou práticas diagnósticas, o ideal será um acordo eticamente defensável entre ele, o paciente e/ou a família até se chegar a uma solução em que o assistido seja favorecido.



Eixos Secundários

- Atendimento compulsório
- Responsabilidade civil do médico
- Responsabilidade penal do médico
- Atuação sem perspectivas de melhora
- Cuidados paliativos



Situações que poderão ser levantadas

- ◆ O médico poderia forçar a paciente à amputação baseado no “risco iminente de morte”?
- ◆ O Código de Ética Médica determina que o médico deve intervir quando há “iminente risco de morte”. O que se entende por esta determinação?



Discussão

Por Rosany Pimenta

Na discussão exposta aqui nos deparamos novamente com situação que envolve o confronto entre princípios da Bioética: o de Autonomia está de um lado, e os de Beneficência e Não-Maleficência, de outro.

Porém, ao contrário do que poderia ensejar, por exemplo, um caso sobre a administração de sangue a paciente Testemunha de Jeová – em que o assistido teria, pelo menos, justificativa religiosa para embasar sua decisão pela recusa a terapia necessária –, o que se refere à diabética que necessita de amputação carece de argumentos lógicos. E, portanto, tem solução mais complicada.

O que levaria uma paciente mentalmente competente a recusar o único recurso disponível para salvaguardar sua vida? O medo e a dor da mutilação seriam maiores do que seu desejo de viver?

Como nos explicam os professores Muñoz e Fortes, no capítulo O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido, no livro *Iniciação à Bioética* (CFM), uma pessoa autônoma pode agir não-autonomamente em determinadas circunstâncias. Por isso, a avaliação de sua livre manifestação decisória é uma das mais complexas questões éticas impostas aos profissionais de saúde.

De acordo com Muñoz e Fortes, desordens emocionais ou mentais, e mesmo alterações físicas, podem reduzir a autonomia do paciente, podendo comprometer a apreciação e a racionalidade das decisões a serem tomadas. Nas situações de autonomia reduzida cabe a terceiros, familiares ou mesmo aos profissionais de saúde, decidirem pela pessoa não-autônoma.

Voltando ao caso em questão, apesar de a paciente haver sido considerada pelo psiquiatra como “mentalmente capaz”, seus cuidados mereceriam um nível de avaliação mais amplo. Mesmo doente, continuava fumando compulsivamente, abusando da comida e ignorando as feridas nos pés – atitudes que, em primeira análise, levariam à piora do quadro.

Certamente, pessoas conseguem sobreviver – e manter a qualidade de vida – mesmo sendo submetidas a amputações: o contingente incluído em tal situação é bastante significativo. Dados da Federação

Internacional de Diabetes (sigla em inglês, IDF, entidade cuja proposta é disseminar informação para o tratamento e o cuidado de portadores da doença) asseguram: mais de 80% das amputações registradas nos EUA foram decorrentes de ferimento com úlceras e 70% de amputações de membros inferiores estavam relacionadas à diabetes.

No Brasil, apesar de não existirem estimativas sobre diabetes e amputação, dados da Associação Brasileira de Diabetes (ABD) apontam que 7,6 % da população é diabética, número que corresponde a quase 13 milhões de pessoas. Ainda como divulga a ABD, 82 mil cidadãos são amputados todos os anos por causas relacionadas a diabetes.

Isso nos leva a crer que boa parte destas pessoas enfrentou o mesmo dilema da paciente aqui citada, mas tomou decisão diferente. Consideramos imprescindível que, perante dilemas como este, o médico se cerque do maior número possível de pessoas capacitadas para ajudá-lo em sua conduta.

O primeiro passo é tentar detectar eventuais dificuldades sociais e emocionais que atrapalhem a possibilidade de diálogo e/ou tratamento. É óbvio que a decisão consciente da paciente não se vincula a eventual tentativa de suicídio: ela não quer morrer e, sim, sobreviver com seus dois pés.

Neste momento, torna-se imprescindível uma adequada relação médico/paciente/familiares, pautada na transparência e confiança, bem como, verificar entre os parentes a real compreensão sobre a urgência e o imperativo da amputação.

Deve-se, portanto, reservar um período razoável e boa dose de paciência para explicar detalhadamente – e, até, exaustivamente – aos envolvidos todos os desdobramentos da doença e tratamento.

Em tal trajetória (tanto na relação com familiares quanto na relação com o próprio atendido), há a necessidade de envolver outros membros da equipe multidisciplinar presentes no atendimento hospitalar, como psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais.

Contar com o apoio e retaguarda de grupos específicos de amputados e/ou de portadores de deficiências, no sentido de orientarem o paciente, seus parentes e amigos, também é essencialmente útil na superação de barreiras ao tratamento.

Porém, o que fazer, se, apesar de todos os esforços para mudar sua opção, a paciente se mostrar irredutível?

A partir de então, pensamos que respeitar a decisão autônoma da atendida seja o único caminho imaginável.

Muitos lembrariam da alternativa de se recorrer à Justiça. No entanto, consideramos a decisão do magistrado seria imprevisível, em especial em um assunto delicado, como a amputação cirúrgica de um membro, à revelia de paciente consciente. Além do mais, dificilmente uma equipe cirúrgica exerceria compulsoriamente tal ato.

Para evitar eventuais processos posteriores motivados por “negligência” ou até “omissão de socorro”, medidas práticas podem ser aplicadas em casos difíceis como este.

A primeira – e mais importante – vincula-se ao preenchimento detalhado do prontuário, local em que deverão ser relatadas todas as tentativas de convencer a paciente a submeter-se à única intervenção capaz de salvar sua vida – e a recusa à mesma –, além das tentativas de aproximação dos familiares e seus resultados.

Vale ainda pedir a (o) paciente que descreva de próprio punho e em papel à parte as razões que a levaram a recusar o tratamento – indispensável – proposto. Isto porque, de acordo com nossa experiência, há indivíduos que não conseguem expressar oralmente, de forma adequada, seus sentimentos e motivações.

Por fim, observamos que, entre as alternativas eticamente defensáveis ao médico responsável, figura a de transferência do atendimento aos cuidados de outro colega por motivos de foro íntimo – já que o Código de Ética Médica salvaguarda seu direito de não atender, a menos que se trate de caso de urgência/emergência ou que não exista outro médico possibilitado de atender.

Ainda que a decisão de médico e paciente seja pela alta, a continuidade do atendimento – no sentido de prestar respaldo profissional para se evitar a dor e proporcionar o bem-estar possível ao doente – se configura em imperativo ético aos profissionais da Medicina.

Bibliografia

- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940
- Brasil. Decreto-Lei nº nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal. [on-line]. [Acessado em: 10 abril 2008]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848compilado.htm
- Complicações do diabetes. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: <http://www.portaldiabetes.com.br/conteudocompleto.asp?idconteudo=212>
- França GV. Tratamento arbitrário. [on-line]. [Acessado em: 10 abril 2008]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/Regional/crmpb/artigos/trat_arbt.htm
- International Diabetes Federation (IDF). [on-line]. [Acessado em: 10 abril 2008]. Disponível em: www.idf.org/
- Muñoz DR, Fortes PA de C. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V. *Iniciação à bioética*. Brasília, DF, Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 53-70
-

CASO 5

Comunicação de Más Notícias



Resumo do caso

Paciente de 38 anos recebe diagnóstico de glioblastoma multiforme avançado e inoperável. Ao questionar do que se trata, oncologista – acreditando estar defendendo a própria honestidade profissional – explica taxativamente: “um câncer cerebral maligno que irá matá-lo em pouco tempo”. Paciente entra em quadro depressivo, que apressa sua morte.



Exposição dos detalhes

Aos 38 anos de idade, homem começa a apresentar cefaléia constante e intensa, acompanhada de vômitos em jato, tontura e visão turva. Acreditando tratar-se de meningite, procura um pronto-socorro. Suspeitando de tumor cerebral, médico que presta o primeiro atendimento trata com sintomáticos e o encaminha ao neurocirurgião de serviço público de referência, que não tem histórico prévio de contato com aquele paciente.

Após exames de urgência e complementares, como eletroencefalograma e raios-X de crânio, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética, é indicada cirurgia para retirada de material e confirmação diagnóstica. Durante o procedimento, é tentada, sem sucesso, retirada total do tumor.

Tão logo retomou a consciência, o paciente é informado pelo neurocirurgião de que o resultado do exame indicou a presença de “glioblastoma multiforme no cérebro, já em fase avançada”. Assustado,

totalmente inexperiente no assunto, pede ao médico que “traduza” o diagnóstico, de forma que possa entender.

Sem hesitar (e confiante de que está garantindo sua postura ética de “jamais mentir a um atendido”), neurocirurgião responde: “um câncer cerebral maligno que irá matá-lo em pouco tempo”. Como paliativo, indica quimioterapia, capaz de prolongar a vida do paciente “por alguns meses”.

Atônito, inconformado (acabara de fazer financiamento de apartamento próprio e prestes a ser pai pela primeira vez, pois sua mulher estava nos últimos meses de gestação), o paciente decide nada fazer, pois “de nada iria adiantar”, entra em depressão, abreviando o tempo de vida que lhe resta.

Eixo Central

Comunicação de más notícias

Pergunta-base: Para garantir a ética e transparência da relação médico-paciente, deve-se dar diretamente ao paciente toda e qualquer notícia?



Argumentos

■ Segundo a psicóloga Adriana Pacheco Pires, no artigo Más Notícias, “má notícia tem sido definida como qualquer informação que envolva uma mudança drástica na perspectiva de futuro em um sentido negativo”.

■ A recomendação do Gacem é que a verdade sempre seja preservada. Em casos como este, no entanto, é preciso dar a informação de forma gradual e cuidadosa, respeitando-se as sinalizações que os pacientes dão quanto ao que desejam realmente saber, em determinado momento.

■ Vale também consultar os “Seis passos recomendados pelo Education For Physicians on End-of-Life Care (EPEC, veja o anexo). Elaborados pelo Instituto de Ética da Associação Médica Americana (AMA), incluem: Preparando-se (Getting started); O que o paciente sabe? (What does the patient know?); Quanto o paciente quer saber? (How much does the patient want to know?); Dividindo a informação (Sharing the

information); Respondendo às emoções (Responding to feelings); Planejamento e acompanhamento (Planning and follow-up).

■ Para salvaguardar sua postura “direta e objetiva”, o médico poderia valer-se do Art. 59 do Código de Ética Médica, que o impede de “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal”

■ De acordo com a Lei Estadual 10.241/99, mais conhecida como Lei Covas, Art. 2º “é direito do paciente: receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre: a) hipóteses diagnósticas; b) diagnósticos realizados; c) exames solicitados; d) ações terapêuticas; e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas”

■ Segundo Kipper e Clotet, em *Iniciação à Bioética*, Beneficência e Não-Maleficência não são princípios “de caráter absoluto” e sua aplicação correta é resultado da Prudência, “que sempre deveria acompanhar toda atividade e decisão do profissional da Saúde”.

■ Os autores referem ainda que o princípio da Beneficência exercido de maneira absoluta “aniquilaria a manifestação da vontade, dos desejos e dos sentimentos do paciente”. Ou seja, se consistiria em atitude paternalista.

■ Os autores Buckman, Cólón, Miranda & Brody, Maguire & Faulkner, Quill & Townsend, interpretados pela psicóloga Adriana Pacheco Pires, sugerem princípios da comunicação de más notícias, que incluem: escolher um momento em que o paciente e o médico estejam descansados e tenham um tempo adequado; avaliar o estado emocional e psicológico do paciente no presente; preparar o paciente, dizendo que tem um assunto difícil para discutir com ele; usar uma linguagem clara e simples; expressar tristeza pela dor do paciente; ser humanitário; dar informação de forma gradual e programar outro encontro com o paciente mais tarde; ser realista, evitando a tentação de minimizar o problema, mas não tirar todas as esperanças; verificar como o paciente se sente depois de receber as notícias; reassegurar a continuidade do cuidado.

■ Segundo o Serviço de Atenção Psicossocial Integrada da Unifesp, as respostas dos pacientes às más notícias são altamente variáveis e imprevisíveis. Eles podem expressar sua ansiedade como raiva, que pode ser dirigida ao portador da notícia. Se isto acontecer, a relação médico–paciente fica vulnerável e, para ser preservada, são necessárias paciência e compreensão da situação.

■ Para o mesmo núcleo, as principais razões que levam os profissionais da saúde a evitar os aspectos emocionais resultantes das más notícias são: falta de treinamento; medo de aumentar o estresse do paciente; falta de suporte emocional e prático dos colegas; e preocupação quanto à própria sobrevivência emocional.



Eixos Secundários

- Relação médico–paciente
- Paternalismo
- Envolvimento da família
- Compaixão/Distanciamento



Situações que poderão ser levantadas

- ◆ Como ser sincero e, ao mesmo tempo, ser compassivo com nosso paciente?
 - ◆ Se a suspeita for de que o paciente não tem condições de receber a notícia, seria melhor dá-la à esposa? Como está grávida, poder-se-ia considerar a preservação de direitos do filho?
 - ◆ A quem recorrer no momento de dar uma “má notícia”? (apoio psicológico, familiares do paciente etc)



Discussão

Por Lisbeth Ferrari Duch

Comunicação de má notícia: não se trata de um momento pontual na relação médico–paciente e, sim, de um processo que deve começar quando o profissional chega a uma suspeita diagnóstica e parte para a investigação propedêutica.

Este processo levará maior ou menor tempo, dependendo de determinados pontos a serem considerados, como respeito incondicional à Autonomia do paciente e o compromisso com a veracidade.

Em relação a estas questões, algumas considerações se tornam necessárias, entre elas: *Quanto o paciente está pronto para receber as informações?; Quanto quer saber, nesse momento? Como conversar?* pois, nesta relação, espera-se que o médico seja o detentor do saber e o paciente, o ponto mais frágil.

Também devem ser levados em conta conceitos de Beneficência e de Não-Maleficência, para que possamos, no momento da informação, pensar na qualidade de vida do doente.

Ao se preocupar com as reações do paciente (o que é louvável), o médico não pode se esquecer das próprias emoções, que precisam ter peso na evolução da comunicação, já que a sensibilidade emocional do profissional é muito importante para apreciar as necessidades do paciente e poder perceber sinais de desagrado, capazes de orientá-lo na abordagem dos problemas que vão surgindo.

Por outro lado, também é importante comunicar emoções (não somente observá-las), pois, admitir compaixão, por exemplo, pode ser essencial para que as condutas médicas sejam aceitas e seguidas, dando abertura para que se fale ao paciente a verdadeira natureza de sua condição, respeitando a fragilidade de seu estado emocional. Trata-se da relação entre dois indivíduos, ambos sujeitos a emoções que devem aflorar naturalmente, no decorrer de todo e qualquer diálogo.

A verdadeira escolha do profissional médico não é falar ou não a verdade, mas como falar a verdade, respeitando a autonomia e sentimentos do paciente (Sherman).

Considera-se, então, que a comunicação de uma má notícia é sempre

um momento delicado na relação médico–paciente e deve, em princípio, ser trabalhada desde o primeiro contato, no estabelecimento de uma relação pautada pela confiança, sinceridade e respeito, visando, sobretudo, à preservação da dignidade e da autonomia do atendido. Somente desta forma é possível conquistar sua confiança.

É certo que muitas vezes existe dificuldade em se determinar para que lado pende a relação Beneficência/Não-Maleficência. Como exemplo, temos o caso em questão, em que a sinceridade – um tanto brusca – do médico provocou reação negativa por parte do doente.

Num primeiro momento, o profissional deve compartilhar com o atendido somente o que é clinicamente conhecido, pois, nesta fase, a resposta do atendido ao tratamento é desconhecida.

Leia-se: no início, falar do desconhecido poderá gerar um grau de insegurança que, certamente, não será bem-vindo.

Argumento importante sustentando a obrigação à veracidade é que a confiança entre as pessoas é necessária para uma interação profícua (Beauchamp e Childress), proporcionando, por isso, melhor adesão aos tratamentos indicados.

Em se tratando de equipe multidisciplinar, o melhor é que o médico responsável pelo tratamento seja o principal comunicador, já que cabe a ele a hipótese diagnóstica; a escolha dos meios propedêuticos; o diagnóstico, além da indicação do tratamento. Por seu lado, o doente deve ser esclarecido sobre as implicações da terapia proposta e quais as alternativas. Deve se evitar que as dúvidas e conflitos individuais, dentro da equipe, sejam transferidos ao paciente.

Na manutenção desse diálogo, é fundamental que o médico e o paciente tenham o apoio de outros profissionais, como psicólogos e assistentes sociais, mas todos dentro de uma mesma linha de conduta frente ao paciente.

Em suma, vemos que as dificuldades enfrentadas nessa relação tão delicada são grandes e que, freqüentemente, é difícil estabelecer o limite entre a obediência aos nossos princípios de fidelidade à veracidade, e o respeito ao princípio de Não-Maleficência. Prevalecerá sempre o bom-senso, alicerçado em uma relação médico–paciente bem constituída.

Anexo ao Caso 5

Seis passos recomendados pelo EPEC (Education For Physicians on End-of-Life Care), elaborados pelo Instituto de Ética da Associação Médica Americana (AMA)

1) Preparando-se (Getting started)

◆ Antes de comunicar qualquer notícia, planeje o que será discutido. Confirme os fatos médicos do caso. Assegure-se de que as informações necessárias estão disponíveis. Caso se trate de uma tarefa pouco familiar, ensaie o que irá dizer. Não delegue a tarefa.

◆ Crie um ambiente capaz de conduzir a uma comunicação efetiva. Para pacientes pediátricos, tenha retaguarda de alguém do staff que se disponha a ficar com a criança, enquanto conversa primeiro com os pais. Assegure-se de que esteja em um local adequado e com privacidade. Uma caixa de lenços de papel deve estar às mãos.

◆ Separe um tempo adequado para a conversa. Não exponha os fatos durante intervalos curtos ou entre outras tarefas críticas. Previna-se de interrupções. Desligue telefones celulares e *pageres*.

◆ Identifique quem, além do paciente, você gostaria que estivesse presente à discussão. Esta pessoa pode ser algum familiar; outras pessoas significativas ao doente ou tratamento; alguém designado para tomar decisões (tutor); ou outros membros-chave da equipe multidisciplinar, como enfermeira, assistente social ou capelão.

2) O que o paciente sabe? (What does the patient know?)

◆ Comece a conversa estabelecendo o que o paciente e sua família sabem sobre a doença. Com essa informação, assegure-se de que o paciente e família estão hábeis a compreender más notícias.

◆ Para descobrir o que estas pessoas sabem sobre a doença, pode-se questionar: O que você entende sobre a sua doença? Como descreveria sua situação médica? Tem estado preocupado com sua doença ou sintomas? O que outros médicos já lhe disseram sobre sua condição ou

procedimentos que já foram feitos? Quando teve o primeiro sintoma, o que achou que poderia ser? O que o outro médico disse, ao encaminhá-lo (a) a mim? Você considerou que poderia estar passando por algo sério?

3) Quanto o paciente quer saber?

(How much does the patient want to know?)

◆ Depois, estabeleça o quanto o paciente – ou seu pai e/ou sua mãe, quando se tratar de criança – quer saber. Lembre-se: pessoas recebem informações de forma diferente, dependendo da raça, etnia, cultura, religião ou condição sócio-econômica. Cada uma tem o direito de, voluntariamente, aceitar ou negar-se a receber quaisquer informações, e preferir designar alguém para escutá-las em seu lugar. Pergunte ao paciente e familiares como eles gostariam de receber informações. Se a própria pessoa preferir não receber as notícias críticas, estabeleça quem poderá ser o substituto.

◆ Para descobrir o quanto seu paciente quer saber, utilize as seguintes questões: Se sua condição tornar-se grave, você quer saber? Você gostaria que eu lhe contasse todos os detalhes sobre a sua condição? Se não, há alguém que poderia substituí-lo nestas conversas? Algumas pessoas realmente não querem ser informadas sobre o que de errado existe com elas, e preferem que a informação seja dirigida a algum familiar. O que você preferiria? Você quer que eu explique diretamente o que os resultados de exames mostram de errado? Com quem eu deveria falar sobre tais assuntos?

◆ Até aqui a conduta visou apenas preparar o paciente para receber a má notícia. Esta preparação deve ocorrer preferencialmente antes da notícia desagradável ser dada. **A avaliação inicial e discussões subsequentes para preparar o paciente para exames críticos** constituem-se em oportunidades de determinar o que o paciente sabe realmente e como ele (ou ela) gostaria de obter tais informações.

Quando a família pede “não conte” (When the family says “don’t tell”)

◆ Muitas vezes, membros da família pedirão ao médico que não diga ao próprio paciente seu diagnóstico ou informações importantes.

Como (nos EUA) é obrigação legal dos médicos obterem consentimento informado do paciente, um relacionamento terapêutico efetivo depende de uma aliança também com a família.

◆ Em vez de confrontar o pedido dos familiares respondendo “eu tenho que contar a verdade ao meu paciente” pergunte o porquê de não quererem que a informação seja dada; do que têm medo; qual é sua experiência em dar más notícias. Questione se existem contextos pessoais, culturais ou religiosos nos quais estão inseridos. Pergunte se desejam estar junto com o paciente, no momento em que perguntar se ele (ou ela) quer saber sobre sua saúde.

◆ Quando o paciente for criança, seus pais poderão não querer que seja informado sobre a doença. Tal instinto de proteção é até compreensível, mas pode ser problemático: como é a própria criança a pessoa a ser submetida aos tratamentos e procedimentos necessários, vai perceber a existência de um problema e pode se sentir desconfiada e perdida com o que está acontecendo.

◆ Para evitar que isso ocorra é melhor traçar um plano inicial detalhando aos pais a situação complicada que pode acontecer. Peça a presença de um psiquiatra (ou psicólogo) especializado em pacientes pediátricos, objetivando facilitar a comunicação entre médicos e pais. Também será tarefa do psiquiatra (ou psicólogo) avaliar o nível de compreensão do paciente, dependendo de sua idade.

◆ Situações como esta podem requerer negociação complexa. Em casos particularmente difíceis é útil solicitar o apoio do Comitê de Ética da instituição.

◆ Mesmo depois de todos os esforços para convencer os pais sobre a necessidade de comunicação com o paciente, pode ficar definido que detalhes sobre diagnóstico, prognóstico e decisões sobre tratamento serão discutidos somente com eles – os pais. De qualquer forma, vale o lembrete: esconder o diagnóstico ou informações importantes sobre o prognóstico ou tratamento do próprio paciente (qualquer que seja a idade) não é ética ou legalmente desejável (nos EUA), a menos que o paciente tenha previamente indicado que não quer receber informações.

◆ Se não houver acordo com os familiares, o profissional pode preferir deixar aquele caso, transferindo-o a algum colega. Não precisa ficar constrangido ou obrigado ao atendimento, de forma a comprometer os cuidados em saúde, ou sentir-se antiético.

◆ Como já foi mencionado, existem diferenças éticas e culturais, em relação a lidar-se com informações. Conclusões globais raramente irão ajudar numa decisão individual.

4) Dividindo a informação (Sharing the information)

◆ Forneça informações de uma maneira sensível, porém, honesta. Diga e depois pare. Evite dar toda a informação de uma única vez, como em um monólogo constante. Use linguagem simples e fácil de entender. Evite jargões técnicos ou eufemismos. Faça pausas frequentes. Cheque para avaliar o entendimento. Use silêncio e linguagem corporal, como instrumentos facilitadores da abordagem. Não minimize a severidade da conversa. Esforços bem-intencionados para “amortecer o impacto” da notícia podem causar incertezas e confusões.

◆ Você pode iniciar as más notícias usando linguagem como: Senhor Gonzáles, eu me sinto mal de ter que lhe dizer isso, mas seu tumor expandiu-se e tornou-se câncer. Ou: lamento que as notícias não sejam boas. A biópsia mostrou que o senhor tem um câncer no cólon. Ou: infelizmente, não há dúvidas sobre os resultados: é câncer. Ou: o relatório voltou e não é o que estávamos esperando. Mostrou que há um câncer em seu cólon. Ou: temo que tenho más notícias. A biópsia de medula mostrou que sua filha tem leucemia.

◆ A frase “sinto muito” pode sugerir que o médico tem alguma responsabilidade sobre a situação. Também pode ser confundida como pena ou indiferença. Se você usar esta frase, ajuste-a, de maneira a demonstrar empatia. Por exemplo: sinto muito por ter que lhe dizer isso.

5) Respondendo às emoções (Responding to feelings)

◆ Pacientes e familiares respondem às más notícias de formas variadas. Alguns, emocionalmente, com lágrimas, raiva, tristeza, amor, ansiedade,

arrependimento, e outras emoções fortes. Outros demonstram recusa, acusação, culpa, incredulidade, medo, senso de perda, vergonha, ou ainda, tentam filosofar sobre o porquê de a situação estar ocorrendo. Alguns podem expressar reflexões de natureza psicofisiológica (dilemas entre o “lutar” ou o “fugir”, tentando correr do consultório ou, por outro lado, permanecendo totalmente retraídos em si mesmos). Pais podem ficar muito emotivos, apenas em pensar em contar o diagnóstico ao seu filho.

◆ Lidar com emoções fortes é algo que deixa muitos médicos desconfortáveis. Dê um tempo para o paciente e a família reagirem. Esteja preparado para enfrentar suas possíveis e variadas reações. Ouça atentamente e silenciosamente. Valide suas emoções. Peça a eles para descreverem seus sentimentos. Tente reiniciar o diálogo com: Imagino que as notícias sejam difíceis. Ou: Você parece bravo. Pode me contar o que está sentindo? Ou: A notícia assusta você? Ou: Fale-me sobre como está se sentindo a respeito do que acabei de dizer. Ou: O que lhe preocupa mais? Ou: O que esta notícia significa para você? Ou: Eu gostaria que as notícias fossem diferentes... Tentarei ajudar Ou: Há alguém para quem você gostaria que eu telefonasse? Ou: Vou ajudar a contar ao seu filho. Ou: Seu papai e mamãe estão tristes agora. Eles irão se sentir melhores quando você melhorar.

◆ Relembre às pessoas de que suas respostas são normais. Deixe à disposição uma caixa de lenços de papel. Comunicação não-verbal também pode ser muito útil. Pondere sobre a possibilidade de tocar no paciente, de maneira apropriada e tranqüilizadora. Ofereça um copo de água, uma xícara de chá ou outra coisa que possa acalmá-lo.

◆ Conceda tempo para que pacientes e familiares expressem sentimentos imediatos. Não os apresse. Uma vez que a emoção for expressada, a maioria das pessoas estará apta a prosseguir. Compartilhar e entender o que aquelas emoções significam reforçará o vínculo médico/paciente e facilitará planejamentos e tomadas de decisões futuras.

6) Planejamento e acompanhamento (Planning and follow-up)

◆ Estabeleça um plano para os próximos passos. Isso pode incluir informações adicionais ou solicitação de novos exames. Trate os atuais

sintomas. Ajude os pais na tarefa de contar à criança detalhes sobre sua doença e o que o tratamento significará para ela. Disponibilize referências apropriadas. Explique seus planos quanto a tratamentos adicionais. Discuta sobre fontes potenciais de apoio como família, amigos, assistentes sociais, conselheiros espirituais, grupos de apoio, terapeuta, h6spice, etc. Ofereça opções de apoio aos irm6os da criança doente.

◆ Assegure ao paciente e à sua família que não ficar6o abandonados e ressalte que voc6e permanecer6a ativamente engajado no plano de tratamento e ajuda. Indique como o paciente e família podem obter respostas adicionais da sua parte. Estabeleça periodicidade para as consultas de acompanhamento.

◆ Quando der a má notícia, assegure-se de que o paciente estar6a a salvo, quando deixar o consult6rio. Voltar6 para casa sozinho? Dirigin-do? 6 perturbado, est6 se sentindo desesperado, ou 6 um suicida em potencial? Tem algu6m em casa para oferecer apoio?

Nas consultas seguintes, por vezes, elementos deste protocolo (EPEC) precisar6o ser reproduzidos. Com freqüência os pacientes e seus familiares precisar6o que as informaç6es sejam repetidas, para adquirir o entendimento completo da situaç6o.

Bibliografia

- Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo, SP: Loyola; 2002
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940
- Costa SIF, Oselka G, Garrafa V (coords). *Iniciação à bioética*. Brasília, DF, Conselho Federal de Medicina; 1998. [on-line]. [Acessado em: 9 abril 2008]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp>
- De Marco MA. Sumário para orientar a observação e a entrevista do profissional de saúde. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/sapis/5ano2.htm>
- Education for Physicians on End-of-life Care (EPEC). Participant's Handbook: Module 2. Communicating. Bad News. [on-line]. [Acessado em: 9 abril 2008]. Disponível em: http://www.ama-assn.org/ethic/epec/download/module_2.pdf
- Pires AP. Más notícias. [on-line]. [Acessado em: 9 abril 2008]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/masnot.htm>
- Post SG ed. Encyclopedia of bioethics. 3rd ed. New York: Macmillan Reference USA; 2003
- São Paulo (Estado). Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. [on-line]. [Acessado em: 9 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3080
-

CASO 6

Considerações sobre Agressões a Médicos



Resumos

1) Perito da previdência atende segurado para realizar nova avaliação, após afastamento de seis meses por conta de cirurgia cardíaca. Ao considerá-lo apto para o retorno, é insultado e ameaçado.

2) Intensivista recebe, em seu plantão, criminoso baleado. Durante todo o tempo, precisa atendê-lo, sob a mira de um revólver.

3) Médico atua em UBS de região considerada como de “alta periculosidade”. Os diretores, porém, se recusam a promover quaisquer medidas de segurança.

4) Pediatra é injustamente acusado por pai de criança de “erro médico”. O homem passa a agredi-lo fisicamente.



Exposição dos detalhes

Situação 1

Médico perito da previdência atende o mesmo segurado em duas ocasiões: a primeira, na concessão de benefício de seguro-saúde, após realizar cirurgia de pontes de safena. Permitiu seis meses de afastamento.

Coincidentemente, realiza nova consulta para avaliar aptidão ao trabalho. Apesar das queixas do homem de que “ainda não se sente bem”, “tem dores” e “cansaço”, após exame clínico, considera que o atendido está apto ao trabalho.

Enfurecido com a decisão, o paciente ameaça “esperá-lo na porta” para uma conversa e, ainda, avisa: “vários de seus outros atendidos estão

reclamando de sua falta de educação e comportamento injusto. Vamos fazer um abaixo-assinado para retirá-lo de seu posto”.

Situação 2

Durante plantão, intensivista recebe baleado identificado pelos próprios colegas que o trazem ao hospital como “chefe da quadrilha”.

Normalmente, não o atenderia, pois tem como princípio “que bandido bom é bandido morto”. Porém, diante da mira de revólver, decide fazer o possível para salvar a vida do paciente.

Depois do atendimento, vivencia uma série de dilemas éticos: *criminosos têm o mesmo direito do que não-criminosos a todos os cuidados disponíveis? Depois do atendimento, deve prestar queixa à polícia sobre a revelação de vários crimes, realizada por parte dos próprios acompanhantes do socorrido? Se não estivesse ameaçado, ele mesmo, de morte, teria a obrigação ética de atender sob situação de extrema pressão como aquela?*

Situação 3

Médico ginecologista e obstetra atua em UBS de região considerada como de “alta periculosidade”.

Durante o tempo em que lá trabalha solicita, junto ao diretor técnico e clínico, que providenciem medidas de segurança, com profissionais especializados e portas para detecção de metais.

Sem sucesso, por questão de solidariedade e do que considera como “ética profissional”, continua atendendo suas pacientes normalmente, apesar de todo o risco.

Situação 4

Pediatra costuma realizar atendimento a determinada criança, desde o nascimento dela. Em algumas ocasiões, além da mãe, comparece o pai (diga-se de passagem, constantemente embriagado).

Em um dos atendimentos, faz um exame clínico e anamnese minuciosos e, sem identificar a causa da febre e mal-estar, recomenda repouso e observação em casa. Horas depois, a criança volta, desta vez, com quadro de meningite instalado.

Apesar de atendimento adequado, inclusive com verificação de rigidez da nuca (na ocasião da primeira consulta, ausente), o pediatra passa a ser acusado verbalmente pelo pai, de “erro médico”. Inconformado com as explicações do profissional, o homem passa às vias de fato, com tapas e socos.

Em situações como esta, deve o médico: 1) revidar às agressões? 2) depois do atendimento, prestar queixa contra o pai do paciente na delegacia? 3) abandonar o acompanhamento da criança, se trabalhar em cidade pequena e for constatado que é o único pediatra disponível no hospital de referência?

Eixo Central

Agressões a médicos

Pergunta-base: Como realizar um atendimento ético, quando submetido a diversos níveis de agressão?



Argumentos

■ Segundo o Código de Ética Médica, Art. 2º, 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.

■ O Art. 11 do Código de Ética Médica estabelece que o médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador.

■ O Art. 61 veda ao médico abandonar paciente sob seus cuidados. Parágrafo 1º - Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao colega que lhe suceder.

■ O Art. 58 proíbe deixar de atender paciente que procure seus

cuidados profissionais em caso de urgência, quando não houver outro médico em condições de fazê-lo.

■ A Resolução 90/00 do Cremesp, considera, entre outros pontos, que “o médico, no exercício da atividade profissional, encontra-se exposto a numerosos riscos ocupacionais” e que, além de “ser o executor direto das ações de saúde, deve merecer a devida atenção quanto à sua saúde ocupacional”, estabelece que: “em locais de trabalho sabidamente violentos e que exponham a risco a integridade física dos médicos no atendimento de pronto-socorro, deverá haver a manutenção de plantão policial ou, na impossibilidade deste, segurança privada”

■ A mesma resolução determina que “caberá ao respectivo diretor técnico/médico responsável e, no caso de sua inexistência, ao diretor clínico, tomar formalmente as providências necessárias, de maneira que o disposto no caput seja plenamente observado. E que as Comissões de Ética Médica fiquem incumbidas de assessorar as diretorias clínica e técnica em questões envolvendo a saúde ocupacional do médico”.

■ Em relação à segunda situação, a Lei das Contravenções Penais, em seu Art. 66, proíbe ao médico “deixar de comunicar à autoridade competente: crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da Medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal”.



Eixos Secundários

- Direitos do médico
- Abandono do atendimento
- Relação com familiares
- Obrigatoriedade de tratamento
- Sigilo (denúncia sobre dados obtidos durante as consultas)



Situação que poderá ser levantada

- ◆ O médico é obrigado a atender, mesmo ao se identificar situação de risco?



Discussão

Por Airton Gomes

Em comum, os quatro casos citados têm situações nas quais os médicos envolvidos, de alguma maneira, sofrem violência contra si, durante o desempenho de seu trabalho.

Praticamente todos os dias a imprensa aborda casos envolvendo violência em geral, e a frequência leva à banalização de tais informações. Obviamente, os profissionais que atuam na Medicina – apesar do nobre desempenho da profissão – não ficam isentos de serem incluídos nesse contexto, enfrentando, por vezes, conflitos entre o mister de prestar atendimento e a resolução de problemas, como aqueles pertinentes aos exemplos citados.

O Art. 1º do Código de Ética Médica (princípios fundamentais) bem ilustra que a Medicina deve ser exercida a serviço da saúde, do ser humano e da coletividade, sem discriminação de qualquer natureza. O Art. 2º do mesmo código preconiza que o alvo de toda a atenção do profissional deve ser a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade.

Tal preocupação é milenar, conforme corrobora uma passagem escrita por Scribonius Largus, (14-54 DC), médico grego. Ele asseverava que: “Todos os deuses e homens devem odiar o médico em cujo íntimo falte compaixão e espírito de humanidade”. Essas verdadeiras qualidades de um médico, comprometido pelo sagrado juramento que fez, impedem-no de ministrar droga nociva, ainda que ao inimigo – embora o mesmo inimigo possa ser combatido pelo médico, se a ocasião o exigir em seu papel de soldado e de bom cidadão.

Talvez seja essa a primeira manifestação em favor do princípio da não-discriminação ao paciente, que deverá ser atendido de forma desvelada e humana, independentemente de quem se trate.

Especificamente no primeiro caso em tela, cabe relatar que o médico envolvido na função de perito não é o responsável pelo atendimento do paciente – e, aliás, nem o poderia ser, uma vez que seria parte envolvida e sem a devida isenção que o seu parecer necessita, conforme preconizam os Arts. 118 e 120 do Código de Ética Médica.

Tais artigos vedam ao médico, respectivamente, que deixe “de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência” e “ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho”.

O perito deverá pautar-se pela real necessidade que a situação apresentada requeira, sem permitir que influências externas (como tentativas de coação) interfiram em seu relato. Deverá seguir os princípios bioéticos da Justiça e da Eqüidade, de modo que o seu parecer técnico e substanciado seja emitido com base no caso concreto. Leia-se, sem favorecimento, (ou) prejuízo do paciente ou do órgão previdenciário.

No segundo caso, ao atender qualquer paciente que se apresente no seu serviço, o intensivista deverá agir com o máximo de zelo, não cabendo a ele emitir juízo de valor. Como já dissemos, o alvo de sua atenção é o paciente – atenção do profissional deve ser a saúde do ser humano independente do paciente – independentemente do que supostamente tenha feito. Merecerá avaliação por quem tenha competência para tal e no momento adequado.

Um dos pressupostos da punibilidade das condutas lesivas ao interesse social e dos ilícitos pelo poder judicante é o de que as pessoas “paguem” pelos seus delitos, considerando a sua reabilitação, sendo, desta forma, reintegradas à sociedade. Deste modo, a devida avaliação não cabe ao médico, seu ambiente de trabalho, mas ao Poder Judiciário.

Outro ponto importante a ser levantado é quanto ao sigilo médico, quando no exercício de sua função, a menos que haja um benefício a outras pessoas ou à comunidade. Diante disto, o profissional médico está impedido de relatar o que ouviu no exercício desta função.

No caso três, as situações apresentadas evidenciam periculosidade para médico em seu local de trabalho.

Conforme consta no Capítulo II, Art. 23 do Código de Ética Médica, o médico tem o direito de se recusar a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente.

Já o Art. 19 o proíbe de eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética Médica (CEM) da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina (Cremesp). O Art. 17 determina que o colega, investido em função de direção, tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

No caso quatro, o médico, como qualquer outro cidadão, tem o direito à sua autodefesa, como é preconizado pelo Código Penal, Art. 25. De acordo com tal artigo, “atua em legítima defesa quem, usando moderadamente dos meios necessários, repele injusta agressão, atual ou iminente, a direito seu ou de outrem”. Perante exagero, no entanto, o médico poderá responder pelo excesso doloso ou culposos.

Se assim o desejar, o agredido conta com o direito de relatar o ocorrido à autoridade policial, para as providências que se fizerem necessárias, uma vez que estava atuando profissionalmente quando foi agredido pelo familiar do paciente.

Também em relação ao caso quatro, sendo o médico o único pediatra do local, não poderia se eximir do atendimento da criança, sob risco de ser enquadrado no crime de omissão – agravado pelo fato de ser médico e detentor da responsabilidade pelo atendimento.

Bibliografia

- Alves LCA, coord. *Ética e psiquiatria*. 2. ed. São Paulo, SP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2007. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/edicao2_etica_psiquiatria.pdf
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940
- Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940. Dispõe sobre o Código Penal. [on-line]. [Acessado em 9 abril 2008]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848compilado.htm
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 90, de 21 de março de 2000. Normatiza preceitos das condições de saúde ocupacional dos médicos e dá outras providências. [on-line]. [Acessado em: 10 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3212
-

CASO 7

Considerações sobre Alocação de Recursos em Saúde



Resumos

1) Paciente de 50 anos, com Acidente Vascular Cerebral (AVC). Apesar dos danos, tem quadro estável. O médico, porém, “segura-a” em hospital público, por considerar que a família não conta com condições de cuidar dela em casa.

2) Hospital público oferece apenas oito vagas em UTI pediátrica. Duas estão ocupadas há anos por crianças portadoras de doenças degenerativas progressivas. Pais ameaçam hospital na justiça, se alta for dada.

3) Médico enfrenta dilema ético: há dois pacientes com igual gravidade, ambos necessitando da única vaga em UTI. Um tem 18 anos, outro 75.

4) Dois pacientes necessitam de transporte aéreo de remoção. Um deles, menos grave, é policial. Outro, mais grave, é o bandido que o baleou.

5) Na fila de transplantes de fígado, o próximo candidato desenvolveu cirrose hepática e é alcoólatra. O outro, é adolescente portador de doença congênita.



Exposição dos detalhes

Situação 1

Paciente de 50 anos apresenta várias seqüelas em consequência de Acidente Vascular Cerebral (AVC), necessitando de internação na enfermaria: não pode andar; tem dificuldades para se mover, enxerga apenas vultos, apresenta escaras, enfim, está presa ao leito e mal consegue se alimentar sozinha.

Apesar da gravidade de seu quadro, pode ser considerada estável. Médico assistente, porém, tenta mantê-la internada o quanto possível, em hospital público, por avaliar que a família, muito pobre, não pode arcar com a responsabilidade de cuidar da mulher em casa: seus filhos trabalham e o pouco tempo que sobra é dedicado ao cuidado de suas próprias crianças.

Não há a figura de um possível cuidador que tome para si a tarefa de dar os remédios necessários na hora certa ou acompanhá-la nas consultas ambulatoriais.

Com base em diversos “diagnósticos” possíveis (infecção urinária, hipertensão etc), o profissional tenta manter, durante tempo indeterminado, a internação, porém sofre pressão do hospital para dar alta, pois a demanda de atendimento é grande.

Situação 2

Hospital público oferece apenas oito vagas em UTI pediátrica. Duas estão ocupadas, há vários anos, por crianças com distrofia muscular progressiva que permanecem lá internadas porque suas famílias alegam não ter condições de cuidar delas em casa: entre outras demandas, estão com traqueostomia e ventilador.

Direção do hospital começa a pressionar os médicos para darem alta, considerando que outros pacientes que realmente necessitam de leitos de UTI precisam ser encaminhados a outro hospital, de menor porte e com menos recursos. Os pais dos pacientes da UTI ameaçam: caso sejam forçados a levar os filhos para casa, entrarão com medida cautelar na Justiça, para manter a situação tal qual está.

Situação 3

Dois pacientes com semelhante gravidade necessitam de UTI. Um tem 75 anos, foi atropelado e, se passar por cirurgia para reversão de coágulo cerebral, tem chances de melhorar e ficar sem seqüelas. O outro, 18 anos, estudante, sofreu acidente de moto, enquanto praticava manobras radicais em uma movimentada avenida.

O primeiro, apesar de aposentado, é “arrimo de família”: trabalhando como “homem cartaz” sustenta esposa, filhas e netos.

A UTI dispõe, no momento, de uma única vaga. Quem internar?
Do ponto de vista moral, ação incorreta e omissão significam o mesmo?

Situação 4

Ambulância móvel aérea (helicóptero de resgate) é acionada para socorrer duas vítimas de tiroteio.

Ao chegar no local, médico que acompanhará os pacientes deverá escolher quem será socorrido primeiro. Só que se depara com a seguinte situação: ambos correm risco de morte. Um deles, menos grave, é o policial metropolitano que impediu assalto em escola pública de Ensino Fundamental. O outro, mais grave, é o assaltante que o atingiu.

Situação 5

Fila de transplantes. Com base no critério Meld (*Model for End-Stage Liver Disease*), o próximo a ser atendido é alcoólatra de 48 anos, professor universitário, médico, com cirrose hepática. Passara, anteriormente, por várias clínicas para tratamento de dependentes químicos.

O seguinte é um adolescente de 15 anos, portador de doença congênita, tratado desde que nasceu e com poucas chances de recuperação sem o transplante. Equipe de transplantes enfrenta um dilema ético: quem deve ter prioridade?

Eixo Central

Alocação de recursos em saúde

Pergunta-base: Em decisões sobre microalocação de recursos em saúde é cabível tomar como base critérios morais?



Argumentos

■ De acordo com Fortes, “os técnicos aprendem que há bases unicamente técnicas para resolver tudo – o que não é verdade. Decisões relativas às formas de priorizar recursos, de fato, vinculam-se a interesses econômicos, sociais, corporativos, industriais e comerciais. Mas não se pode esquecer de que uma sociedade faz suas escolhas, fortemente baseada em seus próprios valores morais – mesmo sem explicitá-los”.

E opina: “caso tivermos um olhar de solidariedade – ou de compaixão, como querem alguns –, nossas políticas sociais, mesmo com recursos escassos, serão diferentes daquelas estabelecidas por sociedades que têm o olhar mais voltado ao indivíduo, como se ele não fosse participante de um grupo social”.

■ De acordo com Gracia, no artigo *Bioética e Interdisciplinariedade*, não se pode tomar decisões baseando-se apenas em fatos. Isto seria um erro. Os valores são componentes respeitáveis deste processo. Tomar decisões sem considerar os valores é incorreto.

■ Beauchamp e Childress, diz Goldim, entendem o Princípio de Justiça como sendo a expressão da justiça distributiva. Entende-se por justiça distributiva a distribuição justa, eqüitativa e apropriada na sociedade, de acordo com normas que estruturam os termos da cooperação social. Uma situação de justiça, de acordo com esta perspectiva, estará presente sempre que uma pessoa receber benefícios ou encargos devidos às suas propriedades ou circunstâncias particulares.

■ Segundo o Relatório Belmont (*editado em 1974 pela National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, dos EUA, que objetivou identificar os princípios éticos “básicos” que deveriam conduzir a experimentação em seres humanos*), comentado por Goldim, uma injustiça ocorre quando um benefício que uma pessoa merece é negado sem uma boa razão, ou quando algum encargo lhe é imposto indevidamente.

■ De acordo com o Relatório, para haver uma real eqüidade, “desiguais devem ser tratados com desigualdade”.

■ Segundo o Relatório, uma outra maneira de conceber o Princípio da Justiça é que os iguais devem ser tratados igualmente.

■ Goldim lembra que os critérios mais comumente utilizados para a alocação de recursos são a necessidade, o merecimento e a efetividade.

■ Cada um destes critérios tem uma relação diferenciada com relação ao tempo. A necessidade se refere a situações que ocorrem no presente. O merecimento sempre remete para o passado, pois nele ocorreram as situações que são utilizadas para a sua avaliação. A efetividade é

sempre relacionada ao futuro, é um exercício prognóstico. Cada um deles pode ser desdobrado em inúmeros outros itens.

■ Também destaca que, segundo alguns autores, o processo de tomada de decisão para a microalocação de recursos escassos pode ser desdobrado em duas etapas. Na primeira, a equipe de saúde, responsável pelo atendimento, deve avaliar a elegibilidade clínica do paciente, e alguns itens especialmente do critério de efetividade. Caso persista o dilema, pode ser acionado o Comitê de Bioética da instituição, que auxilia a equipe, mas não toma decisão em seu lugar.

■ Pence, da Universidade do Alabama/EUA, conforme Goldim, afirma que os custos médicos estão incontroláveis porque falta um acordo moral sobre quando negar tratamento. Decidir quando dizer “não” e dizer de forma honesta e íntegra é, talvez, a mais difícil questão moral com a qual nossa sociedade se defrontará nos próximos anos.

■ Medeiros, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), conclui que “em um país como o Brasil, onde há pobreza massiva, grande demanda por saúde e a impossibilidade de vasta parcela da população obter serviços fora do sistema público, a responsabilidade de tomarem-se decisões é extremamente grande”. Na visão dele, “as conseqüências de uma alocação injusta são, seguramente, mais graves neste caso do que em situações em que o acesso aos serviços de saúde não depende da via única do Estado”.

■ Destaca alternativas quando se conta com recursos escassos em saúde: “a primeira consiste em uma redução da demanda por tratamento como resultado de, por exemplo, medidas de medicina preventiva”; a segunda, explica, “na redução dos custos do sistema” e a terceira, “na ampliação do orçamento, o que, em última instância, é uma transferência do problema de alocação de recursos na saúde para uma alocação geral de recursos na sociedade”.

■ E arremata: assim, o problema persistiria. “o eixo central desse problema é como distribuir com justiça. A resposta, evidentemente, depende da referência usada para estabelecer o que vem a ser justo”.

■ Siqueira lamenta que os brasileiros tenham que viver “a triste realidade de uma Saúde dos três “i”: ineficiente, iníqua e injusta”.



Eixos Secundários

- Princípio bioético de Justiça
- Avaliação ética com base em experiência moral



Situação que poderá ser levantada

- ◆ A quem recorrer quando não é possível tomar uma decisão tranqüila? (Comissão de Ética; Comissão de Bioética; CRM?)



Discussão

Por: Carlos Alberto Pessoa Rosa

Os problemas suscitados pelos casos apresentados ensejam uma decisão quanto à partilha dos recursos de saúde, definindo-se o que no conjunto caberia a cada parte, mas não apenas isso, eles também colocam questões relacionadas aos critérios que devem nortear a alocação de recursos em situações individuais, e se seria válido, em situações particulares, o profissional utilizar-se de valores morais nas decisões. Pensar essas questões e as maneiras de enfrentá-las exige que os atores sejam visíveis e competentes, participem da malha de discussão interferindo nas decisões, uma tarefa nada simples quando as articulações políticas atuam em um terreno com diferenças significativas, tanto educacionais e econômicas quanto culturais, como no Brasil.

É a política que se ocupa do que se vê, do modo como as relações devem ser vistas, de quem tem competência para ver, das propriedades do espaço dos possíveis, e essa prática será mais tendenciosa e desigual quanto mais sujeitos viverem à margem das decisões. Toda e qualquer reflexão sobre a questão cairá no contraditório e criará zonas de conflito e litígio se o processo de inclusão não caminhar para uma verdadeira possibilidade de atuação democrática, com adequada distribuição de renda e participação social.

É na definição do comum e seus recortes que se deve, através da visibilidade da comunidade, colocar a questão ético-política de distribuição de recursos na saúde e de critérios de alocação. Não haverá justiça enquanto tivermos na interface política, em sua tessitura, excluídos, atores que a sociedade não permite atingirem um exercício digno de cidadania, tornando-se submissos a essa mesma política. Se utópica qualquer idéia de igualdade universal, proporcionalmente trágica será qualquer idéia que justifique a exclusão, e as manobras de dominação para manter um grande contingente humano na mais pura invisibilidade.

A questão na atualidade seria esclarecer quais seriam as melhores práticas a serem aplicadas e que contemplem um princípio de justiça, o mais universal possível, que demande menos conflitos e litígios éticos, o

que, diante do fosso criado entre custos da tecnologia aplicada e os recursos existentes, exige uma resposta rápida. Já sentimos na pele, nas relações com os pacientes, familiares e instituições, que a sociedade torna-se mais exigente, o que poderá acentuar as demandas judiciais contra médicos e instituições públicas e privadas de saúde. Não seria exagero afirmarmos que a tal arte médica, levando-se em conta o aumento das sindicâncias abertas nos Conselhos de Medicina e as agressões físicas contra médicos, começa a se transformar em um grande pesadelo. O profissional passa, muitas vezes, a ser visto como o responsável pela inoperância do sistema de saúde, não sendo incomum ser tratado como vilão por políticos e administradores inescrupulosos, o que, diante de seu distanciamento cada vez maior do teor das decisões, do ethos, da maneira de ser dos indivíduos e da coletividade, de seu modo de ser sensível, não se deve estranhar.

Historicamente, o médico atuou seu mister sempre com um olhar predominantemente focado no sujeito, conforme podemos verificar no próprio Juramento de Hipócrates onde doente, mulher e escravo são os objetos de reflexão. As decisões envolviam uns poucos atores, doentes e membros da família, com o médico sendo portador de um grande prestígio, quase sempre cabendo a ele as decisões quanto ao tratamento a ser aplicado. A Medicina assim entendida, a que poucos têm acesso, só começou a esboçar uma preocupação coletiva com o avanço e as crises provocadas na era da industrialização, assumindo de vez esse caráter após a Segunda Guerra Mundial. A preocupação com a necessidade de a saúde ter um caráter universal está contida na Constituição Brasileira, em seu Capítulo II – Dos Direitos Sociais -, Art. 6º, que reza: “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, na forma desta Constituição”.

Nas últimas décadas, pouco a pouco, a preocupação, fortemente influenciada pelos novos conhecimentos, principalmente na área da prevenção das doenças, deu grande impulso à criação de uma consciência preventiva sobre a curativa, questão que avançou para outros processos

mórbidos relacionados, por exemplo, à Medicina do Trabalho e aos hábitos pessoais e alimentares, e que despertou novas necessidades de investimento, além daquelas alocadas à assistência individual, como a construção de hospitais, ambulatorios e postos de saúde, prática médica hospitalocêntrica, fortemente enraizada na sociedade.

Essa preocupação com o coletivo de algum modo conflitava com o egocentrismo clínico acostumado em atuar no sujeito, o que ainda ocorre, mas ela chegou para ficar, e hoje a Medicina Sanitária é a grande responsável pelas melhoras reais nos índices de saúde. O desafio está no modo como a sociedade vai administrar o conflito diante de um avanço tecnológico, na área de diagnóstico e tratamento, que melhorou em muito a possibilidade de cura e da qualidade de vida do cidadão, mas encareceu assustadoramente os custos de saúde. Esse é o desafio para toda a sociedade, devendo o médico sair do ostracismo e atuar, através de representações em comitês de saúde, órgãos representativos de classe, nas questões relacionadas à saúde, de preferência em sincronia com a comunidade e suas representações.

O Estado chamou para si não apenas a atuação coletiva, mas também a ambulatorial e hospitalar, tomando decisões unilaterais sem ouvir a comunidade, os profissionais envolvidos com a saúde, o que, diante da falta de recursos, aumentou o nível de insatisfação. Com a crise constante na área de saúde e os altos custos das novas tecnologias, parte da assistência foi assumida pela iniciativa privada, através de hospitais particulares e sistemas de convênios, e que atendem a uma pequena parcela da população, ficando as ações mais complexas sob a responsabilidade do Estado, dilapidando ainda mais os recursos públicos. Entretanto, diante de uma concorrência cada vez mais acirrada entre as empresas e hospitais, e da maior consciência de quem utiliza esse tipo de serviço, houve a necessidade de um gerenciamento de seus recursos, o que desemboca no corte de custos, atingindo de um modo ou de outro, os médicos.

O cenário está montado: seja na iniciativa privada, por gerenciamento de custos, seja no atendimento estatal que sofre por falta de quase tudo, as decisões dependem de determinações e normas, o que exige do médico

um papel no coletivo, com necessidade de estar preparado para trabalhar em equipe, mas sempre respeitando o Código de Ética Médica, seu norte profissional, e sua consciência, devendo em casos de dúvida recorrer a seu conselho de classe, através da análise de resoluções e solicitação de consultas.

Logicamente, enquanto vivermos o que José Eduardo de Siqueira, em seu artigo “O Princípio de Justiça” no livro *Iniciação à Bioética*, chama de a triste realidade dos três “is” (ineficiência, iníqua e injusta), deve o médico, diante de dilemas éticos, dividir as decisões com familiares e profissionais da saúde envolvidos no tratamento (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas etc), recorrendo às Comissões de Ética Médica, quando necessário. Esgotados todos os recursos, resta a Justiça, foro maior de discussão e decisão.

Os casos apresentados são ricos para uma análise dos conflitos mais freqüentes no dia-a-dia do médico, dos limites de sua atuação, das angústias e das pressões, externas ou morais, e devem servir de exercício de reflexão e procura de referências. São muitas as situações em que não haverá consenso, devendo o médico se posicionar, dividir responsabilidades.

Não é incomum, cuidando de pacientes crônicos, cujo tratamento não necessita mais de internação, o médico ter consciência de que a alta resultará em novo agravamento alguns dias ou semanas após. Então, o que fazer? Dentro de sua formação humanística, o profissional poderá, em uma situação individual, enfrentar as pressões de seus pares e da administração mantendo o paciente internado, mas, em algum momento, diante dos casos que se acumulam, deverá ceder, se não pela pressão administrativa, pela necessidade de vaga para internar um paciente mais grave. De um outro modo, certo profissional tentará se convencer de que seu papel termina ao compensar o paciente, não sendo de sua responsabilidade o que ocorrerá com o tratamento depois da alta, mas esta decisão também exigirá do profissional um preparo para enfrentar a pressão dos familiares, podendo, em caso de conflito, se o paciente falecer em casa, por exemplo, ser acusado de imprudência. Como podemos ver, nenhum caminho será simples e sem tensões.

Esses conflitos tendem a se agravar nas unidades de emergência, quando o profissional, muitas vezes, se vê pressionado a decidir rapidamente pela alta de determinado paciente por falta de vaga. Um bom exemplo é o do caso apresentado. Acredito que nenhum de nós gostaria de ser retirado de uma unidade de emergência com a justificativa de ser mais velho, solteiro, morador de rua, bandido ou alcoólatra. Caso alguém assim decidisse de livre e espontânea vontade, portanto, sem pressão, com certeza, facilitaria a decisão. Mas a prática não mostra que as coisas acontecem assim. Não bastasse lidar com o sofrimento provocado pela doença, não parece justo o médico carregar mais essa dor, nem as consequências de uma decisão pessoal baseada em valores não relacionados à doença. Tanto um idoso quanto um jovem têm o direito à vida; não é função do médico personificar a morte.

O fato de convivermos com uma prática social de todo injusta, com uma relação social baseada em privilégios e facilitações, que valoriza mais títulos e papéis sociais, não nos autoriza a agir de modo igual. Juramos atender a todos sem diferenças, e a sociedade nos cobra isso, não podendo, qualquer decisão médica, basear-se em uniformes ou títulos, mesmo que a prática cultural e a realidade violenta que nos cerca faça com que pensemos, em alguns momentos, a assim agir. Não somos juízes nem promotores, somos seres humanos que optamos por trabalhar ao lado do sofrimento humano.

Mudar rumos, decidir pelos critérios de uma prática justa, dividir com a sociedade responsabilidades, participar ativamente das decisões, cobrar o direito a essa participação, construindo com a sociedade o rosto que ela deseja para a saúde, o modo de utilização dos recursos, e que trate, na desigualdade, todos com igualdade, também é papel do médico.

Uma coisa é certa: não deveria caber apenas ao médico dizer não, nem decidir pelo destino das pessoas; isto deve ser de responsabilidade de toda a sociedade, do contrato social do qual ele participa.

Bibliografia

- Costa SIF, Oselka G, Garrafa V (coords). Iniciação à bioética. Brasília, DF, Conselho Federal de Medicina; 1998. [on-line]. [Acessado em: 9 abril 2008]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp>
- Engelhardt Jr HT. Fundamentos da bioética. São Paulo, SP: Loyola; 1998.
- Fortes PA de C. Bioética é um instrumento social [entrevista]. [on-line]. [Acessado em: 10 abril 2008]. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Entrevista&exibir=integra&id=39>
- Garrafa V, Pessini L. Bioética: poder e injustiça. São Paulo, SP: Loyola; 2003.
- Goldim JR. Bioética e Interdisciplinaridade. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/biosubj.htm>
- Goldim JR. Ética aplicada à alocação de recursos escassos. [on-line]. [Acessado em: 10 abril 2008]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/aloca.htm>
- Goldim JR. Princípio da justiça. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/justica.htm>
- Medeiros M. Principles Of Justice Regarding The Allocation Of Public Resources To Health Policies. [on-line]. [Acessado em: 9 abril 2008]. Disponível em: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=204588
- Rancièrè J. A partilha do sensível (estética e política). Ed. 34; 2005.
-

CASO 8

Considerações sobre Alta a Pedido e Iminente Risco de Morte



Resumos

1) Paciente de 55 anos, portador de insuficiência coronariana, chega ao PS com dores no peito. Doze horas depois, recobra a consciência, assustado e ansioso. É informado da necessidade de um novo estudo coronariano, o que recusa, em função de seus antecedentes em UTI. Exige alta.

2) Criança com 3 anos de idade, portadora de leucemia mielóide aguda, passa mal no decorrer das sessões de quimioterapia. Dizendo “que não agüentam mais ver o sofrimento do filho” pais solicitam alta à revelia da opinião médica.



Exposição dos detalhes

Situação 1

Paciente de 55 anos, portador de insuficiência coronariana crônica, com antecedente de duas internações em UTI, uma para angioplastia e colocação de stent, há 5 anos, e outra, há dois anos, para revascularização, chega ao Pronto Socorro com dor precordial em aperto, de forte intensidade, bastante agitado, pálido, o que, além da conduta de praxe para o diagnóstico, necessitou sedação.

Doze horas após, paciente recobra a consciência na UTI, bastante assustado e ansioso, é informado de sua situação, da necessidade de um novo estudo coronariano, o que recusa em função das internações

anteriores. Exige alta a pedido, mesmo depois de esclarecida a possibilidade de estar ocorrendo obstrução de uma das pontes, retirando inclusive os eletrodos de monitoramento cardíaco do peito.

Em princípio, o médico nega-se terminantemente a fornecer alta a pedido, temendo que o pior aconteça logo que o paciente vá para casa.

Porém, eticamente, não se sente “confortável” em determinar internação compulsória, apesar da gravidade do quadro apresentado. Pede, então, a opinião da família, explicando, entre outros fatos, que a alta implicaria, necessariamente, grande risco de morte.

Informados da situação, familiares exigem que o paciente não seja liberado “de jeito nenhum”. Caso isso aconteça, inclusive, pretendem entrar na Justiça contra o médico e o hospital, por “omissão de socorro”, além de registrarem queixa ao Cremesp, por eventual negligência.

Indignado, o paciente continua insistindo, apoiando-se no direito de exercer sua autonomia, já que está lúcido e seguro de sua decisão.

Situação 2

Poucos meses antes de completar três anos de vida, menino, até então hígido, é levado ao pediatra com sintomas considerados pela família como “estranhos”. Entre outros, estava pálido, febril e apresentava manchas roxas na pele. Além disso, durante a anamnese mãe relata episódios frequentes de sangramento nasal e das gengivas.

Tal histórico e exame clínico sugerem ao médico que a criança esteja com leucemia aguda, doença confirmada por exames laboratoriais como o tipo mielóide. São recomendadas, então, internação urgente e várias sessões de quimioterapia.

Durante a terceira aplicação dos medicamentos, pais demonstram grande desânimo, considerando que o filho “está piorando, por conta da quimioterapia” (apresenta constantemente náuseas e vômitos). Ainda que os médicos ressaltem a possibilidade de remissão da doença e enfatizem que o não-tratamento representa risco de morte, pai e mãe exigem alta, por não “agüentarem mais” presenciar o sofrimento do filho. “Preferimos que morra em paz, e em casa”, justificam.

Eixo Central

Alta a pedido perante iminente risco de morte

Pergunta-base: Perante iminente risco de morte, é ético dar alta a pedido de paciente lúcido ou de seus responsáveis legais?



Argumentos

■ O Art. 46 do Código de Ética Médica proíbe ao médico “efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo *em iminente perigo de vida*”.

■ O Art. 56 do Código veda ao médico “desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso *de iminente perigo de vida*”.

■ O Art. 57 determina que o médico não “deixe de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente”.

■ Segundo Fortes, citado em Parecer Consulta 16.948/99 do Cremesp, “declarações, recibos ou documentos de alta a pedido têm valor ético e jurídico muito limitado, não suprimindo a ocorrência de um ato ilícito, como a omissão de socorro, quando o usuário estiver em iminente perigo de vida”.

■ França, citado em Parecer Consulta 16.948/99 do Cremesp, enfatiza que o termo de responsabilidade assinado pelo paciente na alta a pedido só terá valor se ela não implicar graves prejuízos à saúde e à vida do paciente.

■ Ainda de acordo com o Parecer Consulta 16.948/99 do Cremesp, se a saúde do paciente agravar-se em consequência da alta a pedido, o profissional que a autorizou poderá ser responsabilizado, no caso, por omissão de socorro, imprudência ou negligência.

■ A responsabilização penal recairá principalmente sobre quem praticou o ato que deu causa ao evento, podendo existir responsabilidade

solidária no caso do cometimento por várias pessoas, cada qual respondendo pelo ato que praticou.

■ No que toca à responsabilização, o hospital é o responsável pelo dano sempre que se tratar de culpa do médico diretor, do médico chefe de equipe e do médico empregado ou daquele que estava em serviço no hospital. Existe aí uma presunção de culpa do hospital.

■ Em seu Art. 7º, a Lei Estadual 10.241 (conhecida com Lei Covas), no entanto, dá ao paciente o direito de consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados.

■ A Lei Covas também explicita: no Art. 23, a prerrogativa de o doente de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar sua vida; e, no Art. 24, o direito de optar pelo local de morte.

■ Parecer Consulta 82.742/01 do Cremesp, concorda com o teor dessa lei, opinando que a alta será dada quando estiver claro – e comprovado, inclusive através de documento escrito (e testemunhado) – que é assim que o usuário (doente) deseja. O aval dos familiares, quando obtido, reforçará o valor da decisão do enfermo.



Eixos Secundários

- Autonomia do paciente
- Direitos do paciente
- Quebra de relação médico–paciente
- Quebra de relação médico–familiares
- Responsabilidade do hospital em altas a pedido
- Falta de concordância entre pacientes e familiares



Situações que poderão ser levantadas

◆ Caso optar por conceder alta a pedido, o médico poderá prescrever medicamentos – que, ao seu juízo, naquele momento, deveriam se restringir ao ambiente hospitalar?

◆ Se não prescrever, estaria “abandonando”, de alguma forma, o paciente?



Discussão

Por Gabriel Oselka

Felizmente, a alta a pedido não é um evento muito comum nos hospitais brasileiros. Mas, quando ocorre, cria situações de grande complexidade ética, por vezes difíceis de serem resolvidas.

Alta a pedido não significa transferência do paciente para outro hospital ou instituição, que o paciente ou seu responsável legal julguem mais adequado ao seu atendimento: este é um direito absolutamente inquestionável e é responsabilidade da equipe que está atendendo o paciente continuar a fazê-lo até que outra equipe assuma, sendo sua responsabilidade, também, fornecer todas as informações necessárias à continuidade do tratamento. Alta a pedido, da forma como é habitualmente entendida, envolve a decisão do paciente de abandonar o hospital e retornar à sua residência.

É nessa última situação que os dilemas éticos podem surgir. As dúvidas ocorrem, principalmente, nos casos que envolvem pacientes cuja situação clínica é grave ou com problemas específicos que podem levar a eventuais conseqüências futuras (por ex. seqüelas).

Nessas situações, os médicos freqüentemente têm dúvidas quanto ao seu direito/dever de seguir a vontade do paciente ou, ao contrário, seu direito/dever de mantê-lo internado para preservar sua vida e/ou saúde.

Acredito que seja preciso separar a discussão da conduta frente a pacientes pediátricos e frente a adultos.

A diferença fundamental entre essas duas situações é que embora em praticamente todas as questões da vida de uma criança caiba aos pais o poder de decidir por ela, pode haver situações em que isso não ocorre. De fato, a compreensão – virtualmente universal em nossa época – de que são os pais que decidem pelos seus filhos não existiu dessa forma em todas as sociedades organizadas ao longo da história. Há vários exemplos em que a sociedade organizada assumia, compulsoriamente, a tarefa de educar as crianças, de acordo com seus métodos e convicções. Que hoje as sociedades organizadas deleguem aos pais essa responsabilidade, deriva, segundo vários autores, de um dever: o de bem cuidar de seus filhos.

Se, em situações específicas caracterizadas e analisadas com enorme cuidado, ficar claro que eventuais atitudes dos pais não respondem, naquele momento, ao melhor interesse da criança, a sociedade organizada tem a prerrogativa de retirar temporariamente o poder familiar e encaminhar a solução mais adequada à criança.

É nesse sentido que foi elaborada pelo Departamento de Bioética da Sociedade de Pediatria de São Paulo a seguinte recomendação sobre alta a pedido:

“A criança e o adolescente têm o direito de não serem ou permanecerem hospitalizados desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento de sua enfermidade, como ‘internação para estudo’ ou ‘porque o caso é interessante’”.

Por outro lado, a autonomia dos profissionais da saúde deve ser garantida, permitindo-lhes a indicação dos procedimentos mais adequados ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país.

Com a finalidade de obter colaboração, a equipe multiprofissional que atende o paciente deve manter seus responsáveis legais bem informados, de forma clara e em linguagem acessível, sobre o estado de saúde, diagnósticos, procedimentos e evolução provável da doença. À criança e ao adolescente devem ser fornecidas informações pertinentes, compatíveis com seu grau de desenvolvimento e compreensão.

Se houver a solicitação de alta por parte dos responsáveis legais pelo paciente, a equipe multiprofissional que o atende deve realizar cuidadosa avaliação das condições atuais do paciente, procurando esclarecer dúvidas, medos, angústias e ansiedades do paciente e de sua família.

Se, após essa avaliação, a equipe multiprofissional concluir que a alta não deve ser fornecida e não conseguir sucesso na tentativa de dissuadir os responsáveis legais pelo paciente de sua impropriedade, deve recorrer à Vara da Infância e Juventude de competência local para que as providências necessárias à proteção do paciente sejam tomadas, fundamentadas em relatório cauteloso e isento, informando sobre os riscos de:

✓ morte, ou

- ✓ perda de qualidade de vida, ou
- ✓ perda de função de um determinado órgão ou sistema, ou
- ✓ sofrimento por interrupção do tratamento.

Não existe documento com valor jurídico que isente médico da responsabilidade da alta de paciente menor de 18 anos, por maior que seja a pressão familiar. Até que outro médico o faça, a responsabilidade é do último facultativo que assistiu ao paciente.

Se o paciente evadir-se do hospital, mesmo se levado por um ou ambos responsáveis legais, sem ter recebido alta médica, compete ao médico e/ou à instituição hospitalar comunicar tal fato à autoridade policial, que deverá elaborar um Boletim de Ocorrência. À autoridade policial compete resgatar o menor para atendimento adequado no mesmo ou em outro hospital.

Quanto a pacientes adultos, como no primeiro caso em discussão, há muita controvérsia. Assim, por exemplo, o Conselho Regional de Medicina emitiu recentemente dois pareceres, que apontam posições divergentes quanto à alta a pedido do paciente em risco iminente de morte.

Em um dos pareceres, manifesta o Cremesp que “para a solução da questão (alta a pedido) é fundamental que se diferencie a alta a pedido que não envolve iminente risco de vida daquela em sentido contrário... No caso da primeira situação, a soberania da vontade do paciente prevalece, já que tem ele o direito de decidir sobre sua alta hospitalar... Vale dizer que se a saúde do paciente agravar-se em consequência da alta a pedido, o profissional que a autorizou poderá ser responsabilizado pela prática de seu ato, no caso por omissão de socorro, imprudência ou negligência.”

A parecerista do Cremesp entende que o Código de Ética Médica caminha no mesmo sentido, ao abrir exceção para que o médico possa intervir contrariamente à vontade do paciente, em caso de iminente perigo de vida (Art. 56).

Entretanto, em outro parecer, afirma o mesmo Cremesp que se houver perda de consciência de um paciente que já esclareceu previamente ao médico quais os limites de intervenção sobre ele que considera aceitáveis, frente a iminente perigo de vida o médico deve continuar respeitando os desejos do paciente. Afirma, ainda: “Como o médico deverá interpretar o

desejo de alta a pedido do paciente, quando não concordar com os argumentos do mesmo e entender que este deverá permanecer internado para tratamento... (considerado) fundamental para preservar sua vida? Uma vez que o paciente tenha sido plenamente esclarecido sobre sua situação, condutas terapêuticas e perspectivas quanto à sua vida e saúde... é ele paciente quem vai decidir se aceita, ou não, a conduta terapêutica.”

Nessa controvérsia, alinhamo-nos com as concepções do segundo parecer, ao qual acrescentaríamos alguns argumentos.

O Art. 56 do Código de Ética Médica admite interpretação diferente da apresentada no primeiro parecer. Acreditamos que o que o Código pretende salientar é que em situações de risco iminente de morte, se o paciente estiver impossibilitado de expressar sua vontade (por estar inconsciente, por ex.) caberá ao médico adotar as medidas indicadas para preservar sua vida. Acreditamos, também, que embora o Código seja omissivo, raciocínio semelhante aplica-se a outras situações em que o paciente (ou, eventualmente, seu responsável legal) não tem condições de participar de uma decisão terapêutica que não pode ser postergada e que, claramente na opinião do médico, interessa à saúde e à qualidade de vida futura do atendido.

Finalmente, no caso em discussão, ainda que a alta represente um risco concreto de morte, se esta foi a decisão consciente e informada do paciente, cabe ao médico respeitá-la. Nada mais estará fazendo do que cumprir o que determina a Lei Estadual 10.241/99, cuja constitucionalidade nunca foi contestada, ao estabelecer, com simplicidade e clareza, que é direito do paciente “escolher o local de sua morte”.

Entretanto, acreditamos também que, havendo uma relação médico-paciente forte, respeitando o médico as dúvidas e as incertezas do paciente, existem passos que podem levar o paciente a mudar de opinião, como o de sugerir avaliação por profissional de sua confiança, ou ajudá-lo a resolver problemas externos que poderiam aumentar sua angústia por estar internado. Um médico que responda às questões como um amigo terá muito mais oportunidade de resolver o conflito que um profissional que apenas pense no seu papel técnico e nas leis.

Bibliografia

- Alta a Pedido. Departamento de Bioética. Soc. Ped. São Paulo. Alta a Pedido. Rev. Paul. Ped. 2002; Volume 20;3 07–38
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988 – Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 82.742/01. Médico que dá alta a paciente idoso, em estado grave, alegando que a doença do paciente não tem cura. Homologado na 2.742ª RP realizada em 12 março 2002. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2002]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/>
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 16.948/99. Alta a pedido da família do paciente que se encontrava em situação de iminente perigo de vida. Aprovado na RP nº 2.473ª realizada em 25 julho 2000. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=5043
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 41.848/96. Alta a pedido e iminente perigo de vida do paciente. Homologado na RP nº 1.966ª em 1 julho 1997. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=3433
- São Paulo (Estado). Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre direitos dos usuários de serviços de saúde. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3080[versao_impressao.php?id=5456v](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=5456v)
-

CASO 9

Considerações sobre Atestado Médico



Resumos dos casos

- 1) Médico fornece atestado de aptidão para exercício físico e paciente sofre infarto do miocárdio.
- 2) Grávida de seis meses pede para sua ginecologista que coloque em seu atestado que está no oitavo mês de gestação, para conseguir afastamento. A profissional aceita, concordando com os argumentos apresentados.
- 3) Doente avisa ao médico que há uma incorreção no atestado emitido por ele. O profissional limita-se a rasurar o documento.
- 4) Paciente tinha marcada operação eletiva, mas esta foi cancelada horas antes. Usa o atestado dado antes do procedimento para justificar seu não-comparecimento em audiência judicial.
- 5) Homem chega às 9 horas em PS infantil, para consulta de filho com pediatra. Depois do atendimento, pede ao médico que lhe conceda atestado para o período da manhã. Usa-o como álibi de crime cometido às 8h30.
- 6) Dia de vestibular. Concorrente perde a prova por conta de atraso e insiste com o tio, médico, que lhe dê atestado para poder pleitear novo exame.
- 7) Médico é chamado no Cremesp para explicar por que afastou funcionários de várias empresas por doença. Sindicância conclui que seu talonário de receitas e um de seus carimbos tinham sido subtraídos de gaveta de ambulatório de PS.
- 8) Doente é atendido em consultório particular, mas se esquece de

pedir ao médico atestado para afastamento do trabalho no período. Quando o faz, dias depois, é cobrado por nova consulta.

9) Empresa exige que médico de seu ambulatório interno “revalide” os atestados médicos emitidos por profissionais “particulares” (convênio e particulares).

10) Paciente tem demissão revertida depois de se descobrir que ela estava grávida. Algumas semanas depois sofre aborto espontâneo. Para garantir a manutenção de seu emprego, arma um plano: leva uma amiga grávida para ser examinada pelo ginecologista em seu lugar.



Exposição dos detalhes

Situação 1

Homem de 60 anos, recém-aposentado, decide entrar em forma em uma academia de ginástica.

Atendendo à exigência da academia, consegue atestado de aptidão ao esporte junto a um clínico conhecido de sua família. Para fornecer o documento, profissional confia na palavra do paciente quando afirma “estou ótimo”.

Liberado para musculação e exercícios em esteira, o homem sofre um infarto fulminante do miocárdio na primeira semana de malhação.

Família resolve processar a academia, mas desiste quando, durante averiguação, é descoberto que o homem era portador de uma cardiopatia anterior.

Situação 2

Grávida no sexto mês de gestação pede à ginecologista que realiza o seu pré-natal que coloque em seu atestado que está no oitavo, com vistas a conseguir afastamento. Alegação: “não se sente bem” para continuar a executar seu “trabalho pesado” como faxineira.

Profissional atende ao apelo, por compaixão, mas depois é denunciada ao Cremesp pela própria paciente, que alega “desconhecer que o afastamento precoce resultaria em diminuição de licença maternidade e do cuidado com o bebê por mais tempo”.

Licença maternidade

Conforme Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), a licença maternidade equivale a 120 dias e pode ser dada a partir do 8º mês (ou 30 dias antes da data prevista do parto). Caso a grávida precise parar de trabalhar por licença médica neste período, automaticamente a licença começa a ser contada, seja qual for a patologia.

Situação 3

Paciente avisa ao seu médico que há uma incorreção na data do atestado fornecido a ele para afastamento do serviço. O médico limita-se a rasurar o documento, passando por cima nova data. Por acreditar tratar-se de falsificação promovida pelo próprio paciente – o que incorreria no crime de falsidade ideológica – empresa o demite por justa causa.

Na Justiça ele prova que não foi ele e, sim, o médico, quem cometeu o erro. Ganha reintegração ao quadro de empregados e indenização. Empresa solicita legalmente do médico que lhe devolva o dinheiro, por ser o culpado por todo o transtorno.

Situação 4

Paciente marca cirurgia eletiva para a retirada de miomas do útero. Antes do procedimento, insiste com o profissional para que deixe pronto o atestado médico para a realização da operação, alegando que precisaria do documento para afastamento de trabalho. Horas antes do procedimento, porém, a mulher recebe a notícia de que sua cirurgia fora adiada.

Mesmo assim, decide usar o atestado inicial para esquivar-se de audiência judicial solicitada pelo ex-marido pela guarda de filhos. Ao suspeitar de “manobra”, juíza chama o médico para depor e explicar os motivos que o levaram a dar atestado antes da efetivação do procedimento.

Situação 5

Por volta das 9 horas, homem chega a Pronto Socorro infantil, solicitando consulta urgente de seu filho de cinco anos de idade com pediatra, por estar se “queixando de dor de cabeça”.

Aguarda, tranqüilo, o atendimento por “encaixe”.

Depois da consulta, sem que nada demais fosse encontrado na criança, solicita ao médico que lhe forneça atestado para justificar sua ausência do trabalho no “período da manhã”.

Posteriormente usa o documento como álibi, pois havia assassinado seu vizinho pouco antes de ter tido a idéia de ir até o hospital.

Situação 6

Candidato ao vestibular chega ao local da prova com cinco minutos de atraso e é impedido de concorrer. Decide pedir ao tio, médico, que lhe forneça atestado para pleitear, na Justiça, a chance de passar por novo exame.

Apesar de contrariado, o profissional fornece o documento indevidamente. Porém, outros estudantes que também perderam a prova por chegarem atrasados testemunham: o colega não estava doente.

Situação 7

Responsáveis pelo departamento de recursos humanos de empresas situadas na região central da cidade surpreendem-se com uma “coincidência”: vários funcionários justificam ausência no trabalho utilizando atestado grafado em guias de receita e carimbados por um mesmo médico.

Por desconfiarem de alguma incorreção na expedição dos documentos, solicitam averiguação do CRM que, após sindicância, fica sabendo que, na verdade, as guias e o carimbo haviam sido roubados da gaveta do médico em hospital público – e este não se deu ao trabalho de abrir Boletim de Ocorrência (B.O.). Enfim, o documento estava sendo comercializado na região.

Situação 8

Com sintomas de pneumonia, paciente decide passar por consulta com seu médico particular. Constatada a doença, o médico afasta o rapaz do trabalho por alguns dias. Porém, o paciente não solicita o atestado naquela ocasião.

Ao melhorar, o paciente solicita o atestado relativo aos dias do afastamento, mas fica sabendo que o médico só atenderá o seu pedido mediante pagamento de nova consulta.

Situação 9

Empresa exige que os atestados de seus funcionários, feitos por profissionais particulares ou de convênio (não são da instituição e nem do SUS), sejam “revalidados” por médico de seu serviço de saúde. Não é exigido que o funcionário seja avaliado por ele, pois vários doentes alegam que se encontram em repouso domiciliar ou até internados em hospitais.

A consultoria jurídica da empresa apóia tal ação e, ainda, afirma que defenderá o médico se ocorrerem problemas decorrentes da emissão do atestado, quer sejam legais ou éticos. Argumenta que se baseia na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Situação 10

Paciente tem demissão revertida depois de se descobrir que estava grávida. Algumas semanas depois, na 10ª semana de gravidez, sofre aborto espontâneo.

A fim de dar continuidade ao processo trabalhista e impedir a sua demissão, comparece ao hospital para ser avaliada, referindo atraso menstrual, dores em cólica de forte intensidade em baixo ventre e idade gestacional indefinida. Nega ter passado em exame anterior.

Quando o médico a chama em seu consultório, a paciente entra com uma amiga grávida que se faz passar por ela, se submetendo ao exame clínico e ultra-sonográfico. Ao final da consulta, a paciente solicita ao médico que lhe dê um atestado médico como seria seu “direito”, referindo estar de 22 semanas de gestação.

O truque foi descoberto após ultra-sonografia, quando foram comparados dois laudos emitidos no mesmo hospital: isto é, não seria possível uma paciente abortar e, seis semanas depois, estar grávida de 22 semanas.

Eixo Central

Atestado médico

Pergunta-base: Como garantir a ética durante o preenchimento e/ou fornecimento de um atestado médico?



Argumentos

■ De acordo com o Código de Ética Médica, Art. 110, é vedado ao médico “fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique ou que não corresponda à verdade”.

■ Art. 112 – Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal. Parágrafo Único - O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não resultando em qualquer majoração dos honorários.

■ Art. 111 – Utilizar-se do ato de atestar como forma de angariar clientela.

■ Art. 39 – Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco, folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

■ O Art. 69 pode ser usado por analogia: “é vedado ao médico deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente”.

■ Art. 113 – Utilizar-se de formulários de instituições públicas para atestar fatos verificados em clínica privada.

■ Art. 116 – Expedir boletim médico falso ou tendencioso.

■ Art. 117– Elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal.

■ A Resolução CFM 1658, de 13 de dezembro de 2002, estabelece ser “vedado ao médico atestar falsamente sanidade ou atestar sem o exame direto do paciente”. Além disso, lembra que “o profissional que faltar com a verdade nos atos médicos atestados, causando prejuízos às empresas, ao governo e a terceiros, está sujeito às penas da lei”.

■ No Art. 4º “É obrigatória, aos médicos, a exigência de prova de identidade (com foto) aos interessados na obtenção de atestados de qualquer natureza envolvendo assuntos de saúde ou doença. Parágrafo 1º, Em caso de menor ou interdito, a prova de identidade deverá ser exigida de seu responsável legal. Parágrafo 2º, Os principais dados da prova de identidade deverão obrigatoriamente constar dos referidos atestados”.

■ Segundo o Art. 6º Parágrafo 3º da Resolução CFM 1.658/02, o “atestado médico goza da presunção da veracidade, devendo ser acatado por quem de direito, salvo se houver divergência de entendimento por médico da instituição ou perito”. Parágrafo 4º, em caso de indício de falsidade no atestado, detectado por médico em função pericial, este se obriga a representar ao Cremesp.

■ De acordo com Parecer Consulta 46.375/01 do Cremesp a receita (e por analogia, o atestado emitido por um profissional de Medicina) é um ato médico, e, como tal, deverá “ser elaborada com proficiência e esmero desejáveis”.

■ Sobre atestado adulterado pelo próprio paciente objetivando, por exemplo, aumento do período de afastamento, “o fato se constitui em crime, em tese, e enseja representação criminal (Boletim de Ocorrência)”, segundo Parecer 74.320/01 do Cremesp.

■ Segundo Parecer Consulta 51.739/01 do Cremesp, os Atestados Médicos e as Declarações Médicas visam a atestar ou declarar situações diversas constatadas pelos profissionais, dentre elas a necessidade de suspensão do trabalho.

■ Lembrando: a declaração (ou atestado de comparecimento), por si só, não implica a necessidade de afastamento do trabalho. O documento serve somente para informar o comparecimento do paciente em consulta.

■ De acordo com o Código Penal, afastamento por atestado adulterado corresponde ao crime de “falsidade ideológica”. Segundo o Código Civil, conduz a possível ressarcimento de dano.

■ Segundo Parecer Consulta 68.176/04, do Cremesp, os atestados médicos emitidos por profissionais regularmente inscritos no CRM devem ser aceitos normalmente, quer seja por profissionais do Serviço de

Saúde da Empresa, do SUS, de Convênio ou de particulares. O único questionamento é o trabalhista, no abono de faltas.

■ Normas do Cremesp para a elaboração de um Atestado Médico já estão publicadas no seu site, em forma de parecer, desde 12/04/96.

Análise de atestado emitido por outro médico

Sobre o assunto há muitos questionamentos, entre eles, *se o atestado emitido por um profissional médico regularmente inscrito no Cremesp não deveria ser aceito rotineiramente?*

Manifestação do departamento jurídico do Cremesp, por ocasião do Parecer Consulta nº 68.176, especifica “sim, em tese, deveria ser aceito. Entretanto, nestes casos recorre-se à lei de nº 605/49 (Consolidação das Leis Trabalhistas/CLT) que diz, no seu Art. 6º, § 2, que informa que a doença será comprovada mediante atestado médico da instituição de previdência social a que estiver filiado o empregado e, na falta deste e sucessivamente, de médico do Serviço Social do Comércio ou da Indústria; de médico da empresa ou por ela designado; de médico a serviço de repartição federal, estadual ou municipal incumbida de assuntos de higiene ou de saúde pública; ou não existindo estes, na localidade em que trabalhar, de médico da sua escolha”.



Eixos Secundários

- Desatenção com o carimbo e com o receituário
- Abertura de B.O. para garantia de direitos
- Até que ponto deve o médico ceder às pressões dos pacientes?
- Dúvidas na elaboração do atestado médico, o que fazer?
- Assédio Administrativo para a “Revalidação de Atestados Médicos”



Situações que poderão ser levantadas

- ◆ O atestado deve ser entregue à empresa no mesmo dia de sua emissão ou em qualquer etapa do período de afastamento?
- ◆ É lícito solicitar uma simples revalidação de atestado médico pedido pelo chefe do serviço, da instituição, ou por um amigo?



Discussão

Por Sérgio Gomes de Souza

Os profissionais médicos, geralmente, não dão o devido valor à elaboração de um atestado médico, cometendo erros até certo ponto infantis, embora munidos de boas intenções. Esquecem-se das normas que devem ser seguidas para a sua confecção e não se lembram de que o atestado se origina em (e complementa um) atendimento médico, visando a eventualmente abonar as faltas devidas à necessidade do afastamento.

Muitas vezes pensando em beneficiar o paciente, deixam de cumprir as normas, sob o risco de ser punidos eticamente por isto. Passa-lhes despercebido que, nesse caso, existem duas visões, a médica e a trabalhista, não podendo ser confundidas e nem alteradas para o seu objetivo final que é o abono das faltas.

Nossa responsabilidade é nos pautar pelas informações médicas verdadeiras, que não devem ser alteradas para se conseguir o objetivo final trabalhista, mesmo que em prol do paciente.

O atestado médico é um documento de fé pública emitido por profissional especialista ativo e deverá representar a expressão da verdade. Assim sendo, qualquer falsificação – ou, mesmo, incorreção – pode gerar repercussões éticas e legais, sendo o documento enquadrado em “atestado Médico Falso” (Atestado Médico Ideologicamente Falso).

A identificação do paciente ou de seu responsável legal, que está solicitando o atestado médico, é imprescindível para que se evitem problemas futuros, como o apresentado na situação 10. Esta eventualidade já está prevista na Resolução CFM 1.658/02 no Art. 4º, Parágrafo 1º e 2º.

Os exames médicos e ultra-sonográficos estavam corretos, mas para a pessoa errada. Posteriormente, fica difícil de se provar que não houve cumplicidade do próprio profissional nesse erro (falsidade ideológica da paciente) enquadrando-se na situação de “atestado médico falso”.

Sabemos que a responsabilidade da emissão da ficha do Pronto Atendimento é da instituição. Mas cabe ao profissional médico a emissão do atestado para a pessoa atendida: deveria, portanto, pedir seus documentos e comprovar sua identidade.

Sendo parte integrante de uma consulta médica, o atestado não pode, de forma alguma, ser comercializado aos doentes e nem ser uma forma de se angariar clientela.

Para evitar seu uso incorreto, é necessário que se dê o atestado refletindo o momento do procedimento ou da doença verificada, *in loco*, durante consulta – ou a ausência desta, em situações específicas de emissão de atestado de saúde para fins de esporte, por exemplo. Não deve ser elaborado com datas diferentes da consulta médica, para que não haja oportunidade de gerar confusão.

No caso de o paciente se esquecer de solicitar o atestado ao profissional e solicitá-lo dias após a consulta, entendemos que o ato médico existiu no passado e a comprovação deste fato (ou seja, a emissão do atestado) faz parte dele. Disso, subentende-se que não é pertinente tornar a cobrar honorários pela sua execução de maneira retroativa.

Cabe aqui uma conversa direta entre o médico e o paciente para um consenso comum, preservando a relação médico–paciente.

Caso o médico detecte, por qualquer motivo, rasura do paciente para aumentar os dias de abono, deve abrir um B.O. para preservação de direitos, argumentando que houve falsificação de um documento público. Já o atestado médico falso é o documento elaborado pelo próprio profissional e traz informações que não são verdadeiras, como a troca da doença para que o paciente obtenha os dias indevidos de afastamento para o “tratamento”.

Devemos salientar que o médico utiliza o carimbo e a folha de receituário para a elaboração de um atestado médico. Se houver o furto ou extravio de algum destes itens, deve abrir um B.O. denunciando o roubo ou perda, assim que percebido, enviando uma cópia ao Cremesp. Caso ocorram falsificações, o médico estará protegido ética e legalmente, pois notificou às duas entidades responsáveis.

Se o receituário for de instituição, caberá ao responsável legal da mesma fazer esta notificação. Nesse caso, a responsabilidade do médico é apenas a notificação do desaparecimento do carimbo.

O atestado origina-se de um ato médico e, portanto, serve para confirmar o diagnóstico presumivelmente correto. Se isto não ocorrer, o

médico será o responsável por qualquer prejuízo que venha a acontecer por conta de suas informações.

Em algumas ocasiões o médico é induzido pelo paciente a colocar data falsa, mantendo o diagnóstico correto. Ainda que motivado por boa fé, trata-se de mais um atestado médico falso, sujeito às devidas sanções éticas e legais pertinentes. Nessa questão incluímos um atestado antecipado, isto é, antes de se executar um procedimento médico.

Embora nem todos os médicos saibam, o empregador não é obrigado a aceitar um atestado de comparecimento de acompanhantes, salvo se existir acordo, convenção ou dissídio regulamentando a matéria para categorias diferentes. Para a manutenção de uma boa relação médico-paciente pode-se até emití-lo, desde que o bom-senso aponte ao benefício do paciente. Nesse caso, a emissão do atestado segue as mesmas normas dos atestados médicos comuns.

Para completar este tema, abordaremos um problema muito difícil de ser resolvido, que é a “revalidação” dos atestados médicos. Neste tópico encontramos situações bizarras, em que o médico novamente subestima o documento:

- ✓ Empresas que exigem a “revalidação” de atestados quando emitidos por profissionais médicos de convênio ou particulares – o que, reafirmamos, não é lícito.

- ✓ “Revalidação” de declarações feitas por profissionais de outras categorias, como odontólogos, psicólogos, fisioterapeutas e outros profissionais não-médicos, coisa também proibida.

- ✓ O médico não pode também avaliar documentos sobre a quantidade de sessões terapêuticas indicadas, quando o tratamento foi prescrito por profissional não-médico.

Todos os casos mencionados são verdadeiros, chegaram ao Cremesp por denúncias, submetidos à sindicância e, eventualmente, terminaram em um processo ético-profissional. Demonstram de forma contundente: nunca se deve minimizar a importância de um documento como o atestado médico, pois tal conduta pode causar prejuízos, sejam morais, éticos e/ou financeiros.

Bibliografia

- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.658, de 13-12-2002 - Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. [online]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3117
- Brasil. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. [online]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848compilado.htm
- Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais. Relação médico/paciente: profilaxia da denúncia contra profissional. 2 ed. Belo Horizonte: CRM-MG; 2000. 108 p.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Ética em ginecologia e obstetrícia. São Paulo, SP: CREMESP; 2004. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/etica_ginecologia_3.pdf
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta n. 46.375/01 – Dispõe sobre rasura em receita médica. Homologado na 2.693ª RP, realizada em: 13.11.2001. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=5249
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta n. 74.320/01. Dispõe sobre Atestado médico falsificado. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=5320
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta n. 51.739/01. Dispõe sobre O que são atestados médicos e declarações médicas. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=5215

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta n. 68.176/04. Revalidação de atestados médicos. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=6462

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Carta de princípios éticos sobre direitos sexuais e reprodutivos dirigida à prática de ginecologistas e obstetras. FEBRASGO; 2007. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.terapiadosexo.com.br/html/Docs/carta_principioseticos.htm

Jesus DE de, org. Código de Processo Penal. 14 ed. São Paulo, SP: Saraiva; 1998. Art. 207

Saad EG, org. Consolidação das Leis do Trabalho. 28 ed. São Paulo, SP: Ltr; 1995. Art. 69

CASO 10

Considerações sobre Atestado de Óbito



Resumos dos casos

1) Médico recebe de amiga um pedido muito “especial”: que ateste o óbito de sua mãe, que morreu em casa, de morte natural. Mesmo sem ver o cadáver e ainda que nem conheça a pessoa, o profissional decide atestar.

2) Paciente morre por doenças oportunistas relativas à Aids. Família implora para que o médico ignore a doença de base no preenchimento do atestado de óbito.

3) Médica recebe paciente já falecida em hospital. Família explica que esta, muito idosa, sofreu acidente. Médico preenche o atestado de óbito confiando nos parentes, sem desconfiar que, na verdade, a mulher fora assassinada.

4) Sem ter muita clareza do motivo que levou à morte paciente idoso, recebido em PS sem identificação, médico recém-formado indica como causa mortis “parada cardiorrespiratória”.

5) Médico se “associa” a funerária para fornecer atestado de óbito a pessoa que não conhecia.



Exposição dos detalhes

Atestado (ou declaração de Óbito) é parte integrante da assistência médica, sendo considerado como fonte imprescindível de dados epidemiológicos.

Tendo em vista dúvidas quanto à função e ao preenchimento deste

documento, foram sugeridas cinco situações capazes de expressar sua importância.

Situação 1

Durante sua folga, médico recebe de amiga, enfermeira, um pedido muito “especial”: que ateste o óbito de sua mãe que morreu em casa, no Interior, de morte natural.

Movido pela melhor das intenções, este atende ao pedido – ainda que não tenha visto o cadáver e sequer conheça a paciente. Porém, vivencia um dilema ético: será que agi corretamente? Será que poderia sofrer conseqüências por tal ato?

PARECER: Não age corretamente o médico que atestar, sem conhecer e sem constatar, a morte de um doente. No caso, o diagnóstico da morte cabe ao médico, que por obrigação ética e legal, deve examinar e constatar. Se assim não proceder responde por infração ao Código Penal e ao Código de Ética Médica.

Situação 2

Usuário de drogas injetáveis morre em conseqüência de Pneumociste carinii e neurotoxoplasmose, ambas doenças oportunistas da Aids.

Para evitar o estigma em relação à esposa e filhos do doente (e a eventual perda do seguro de vida do homem, por questões contratuais), família pede ao médico que NÃO mencione no atestado de óbito o fato de que o morto era portador do HIV.

Vai mais além: insiste para que não seja mencionada a pneumocistose, por conta de indicar ao perito do seguro se tratar de portador de doença “preexistente”.

PARECER: O atestado ou declaração de óbito tem como finalidades “confirmar a morte, definir a *causa mortis* e satisfazer o interesse médico-sanitário”. Por meio do atestado de óbito fica estabelecido o fim da vida humana e da personalidade civil. Portanto, o médico, de posse das informações sobre o paciente, ao preencher o atestado de óbito tem obrigação ética e responsabilidade legal de revelar a causa da morte e das doenças associadas do morto.

Situação 3

Médica de plantão recebe em hospital idosa já falecida, vitimada por grande trauma na cabeça.

Família explica que, depois de derrame acontecido há anos, aquela senhora ficou com movimentação restrita e acabou se acidentando (caiu da escada).

Confiando nesta versão, médica fornece atestado de óbito dando como causa “derrame cerebral”.

Porém, Comissão de Ética da instituição tem dúvidas sobre a história e pede averiguação, por parte de legista. Este constata que, na verdade, a velhinha morrera após pancada na cabeça (soube-se depois que, possivelmente, teria sido dada por um dos seus filhos, interessado em sua herança).

PARECER: Do ponto de vista jurídico, o “Atestado de Óbito se constitui em prova cabal e incontestável do desaparecimento do indivíduo...”. É, por pressuposto, importante que seja determinado se tratar de morte natural ou violenta. No caso de suspeita de “morte não natural” – aquela que decorre de um acidente ou qualquer tipo de violência – o atestado somente poderá ser fornecido após necropsia realizada pelo Instituto Médico-Legal. É evidente que, ainda do ponto de vista jurídico, a determinação da causa da morte vai se constituir em elemento de prova, razão pela qual deverá ser realizado o exame necroscópico por peritos oficiais.

No caso em tela, a ocorrência de queda da escada em casa, pode ser – prima facie – interpretada como acidente e, ainda que assim fosse, deveria ter sido encaminhada ao IML.

Situação 4

Sem ter muita clareza sobre as razões que levaram à morte um paciente idoso, recebido sem identificação em PS (provavelmente, fora recolhido pela polícia), médico recém-formado declara o óbito como sendo consequência de “parada cardiorrespiratória”.

PARECER: Todo paciente, em qualquer idade, sem identificação, obrigatoriamente deve ser encaminhado para o IML, sendo de responsabilidade das instituições competentes procederem de toda a maneira para a

identificação. Quando resulta não ser possível, devem acompanhar o atestado de óbito fotografias e impressões digitais, sendo o morto enterrado como desconhecido.

Situação 5

Médico se “associa” a funerária para fornecer atestado de óbito a pessoa “não atendida” por ele.

Aqui, há duas situações: Na primeira, o médico atua em um serviço de atendimento domiciliar, é bem-intencionado e pensa apenas em ajudar uma família desesperada. Isso pode acontecer, por exemplo, em uma situação extrema, como no caso de morte em um local sabidamente violento, no qual ninguém consegue entrar para verificar o óbito. Para enterrar, é necessário o documento.

Na segunda situação, o médico com caráter duvidoso, faz parte da máfia de funerárias que comercializam atestado de óbito, isto é, da indústria da morte. Seja qual for a intenção, fornecer atestado de óbito sem ver o morto é conduta antiética.

PARECER: Em qualquer das situações o médico, por obrigação ética e legal, não pode fornecer o atestado de óbito a pessoa que não atendeu. No primeiro caso, mesmo quando houver dificuldade de acesso, a obrigatoriedade do exame da pessoa é condição sine qua non para o fornecimento do atestado. Diante da dificuldade intransponível o médico deve acionar o serviço de saúde pública ou o serviço policial para a remoção do morto para o Serviço de Verificação de Óbito (SVO) ou, se for o caso, para o Instituto Médico Legal (IML).

No segundo caso, além de infringir a ética, o procedimento do médico configura-se como crime de falsidade ideológica.

Eixo Central

Atestado de óbito

Pergunta-base: Qual é a importância ética do correto preenchimento e/ou fornecimento de um atestado de óbito?



Argumentos

■ O Art. 114 do Código de Ética Médico veda ao médico 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.

■ Segundo o Art. 115, deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

■ Também podem ser aplicados a situações relativas ao atestado de óbito, entre outros, o Art. 14, o médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde; Art. 110, fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda a verdade e Art. 44, deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.

■ Segundo a Resolução CFM 1.779/05, a declaração (ou atestado) de óbito é parte integrante da assistência médica. Art. 1º O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte; Art. 2º nos casos de Mortes violentas ou não naturais a Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

■ Verificação de óbito é um ato médico e, portanto, pelo qual pode-se cobrar honorários

■ De acordo com site da Unifesp, no caso de a morte ter ocorrido por causa não natural ou, como mais usualmente se diz, por “causas violentas” ou “causas externas” também deveria constar na última linha do atestado de óbito a causa básica, no caso, as circunstâncias da violência (queda, homicídio por arma de fogo, afogamento etc) e acima da causa básica, as conseqüenciais (fratura de crânio, rotura de fígado, esmagamento de tórax etc).

■ Ainda segundo a Unifesp, os atestados de óbito, nos casos de causas externas são sempre preenchidos por médicos legistas.

■ Segundo Silva, no artigo Aspectos Legais da Morte, “ao declarar a morte de uma pessoa, o médico está, mediante esta prática, declarando também que houve a extinção da personalidade daquele indivíduo já que referida extinção é decorrência do evento de morte”.

■ Ainda de acordo com Silva, “o documento que contém a declaração médica (sobre o óbito) é o atestado de óbito, que se constitui em garantia à família e à sociedade de que não há possibilidades de o indivíduo estar vivo, podendo ser processada legalmente a inumação”.



Eixos Secundários

- Relação médico–familiares
- Relação médico–médico
- Responsabilidade profissional

Situações que poderão ser levantadas



- ◆ Como agir perante pedido da família, solicitando que a causa mortis seja omitida, a fim de evitar enormes constrangimentos?
- ◆ Qual é a importância do atestado de óbito para fins estatísticos de vigilância epidemiológica?



Discussão

Por Reinaldo Ayer de Oliveira

Atestado de óbito. Definições:

Atestado: segundo o Aurélio Buarque de Holanda: “documento que contém atestação; certidão; prova; demonstração”.

Atestado: segundo o Antônio Houaiss: “que se comprovou; confirmado, certificado”.

Declaração: segundo o Aurélio Buarque de Holanda: “ato ou efeito de declarar; aquilo que se declara; prova escrita; documento”

Declaração: segundo o Antônio Houaiss: “ato ou efeito de declarar; manifestação oral ou escrita, com ou sem testemunhas; anúncio, revelação”.

Ambas as expressões são usadas como sinônimos e, portanto, usadas indistintamente.

Segundo França, 2004, o atestado ou declaração de óbito tem como finalidades “confirmar a morte, definir a *causa mortis* e satisfazer o interesse médico-sanitário”. Por meio do atestado de óbito fica estabelecido o fim da vida humana e da personalidade civil.

Em 1976, o Ministério da Saúde adotou uma “Declaração de Óbito” padronizada para todo país – manteve o modelo internacional na parte relativa às causas de morte.

Na CID 10 define-se Causa Básica de Morte como:

a) a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que levou diretamente à morte ou

b) “as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal”. Em seguida são preenchidas deste campo na “Declaração de Óbito” as “Complicações” ou “Conseqüências”. (Ruy Laurenti R. & Melll Jorge M.H.)

A “Declaração de Óbito”, do ponto de vista jurídico, “se constitui em prova cabal e incontestável do desaparecimento do indivíduo”, assegurando, assim, a realidade da morte, satisfazendo exigências da determinação de sua causa jurídica e esclarecendo questões de ordem sanitária. Neste aspecto visa, o atestado, principalmente, à elaboração de estatísticas com

precisão da causa da morte. No que se refere à causa jurídica, é importante que seja determinado se tratar de morte natural ou violenta. A lei prevê o registro obrigatório do óbito, não se contentando, no caso, com a simples informação do declarante; exige ela que o fato se documente com o atestado passado por médico ou, nas localidades onde não exista esse profissional, com a declaração de duas testemunhas que tenham presenciado ou verificado o óbito”. (Silveira, M.H. & Laurenti R.)

Estas observações decorrem da Lei Federal 6.015 – Dos Registros Públicos – de 31 de dezembro de 1973, corrigida pela Lei 6.216/75, que exige em seu Art. 75: “nenhum sepultamento será feito sem certidão do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista de atestado de médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte”. (BRASIL, Leis e decretos, Registros Públicos. 1976).

Sobre a “Declaração de Óbito”, o Ministério da Saúde tem normas recentes sobre o assunto – Portaria 20 de 03 de outubro de 2003 – que entre outras medidas de ordem geral, salienta que: “o médico é o responsável pelo preenchimento da “Declaração de Óbito”, em toda sua extensão, e não somente pela descrição das causas, respondendo pelas informações ali existentes”.

A quem fornecer a “Declaração de Óbito”?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define óbito como: “o desaparecimento de todos os sinais de vida ou cessação das funções vitais, sem possibilidade de ressuscitar”.

Situação especial ocorre “em caso de mortes não naturais” – aquelas que decorrem de acidentes ou qualquer tipo de violência, denominadas pela OMS de “causas externas” – o enterramento somente será feito após necropsia realizada pelo Instituto Médico-Legal. É evidente que, nesse caso, a determinação da causa da morte vai se constituir em elemento de prova, do ponto de vista jurídico, razão pela qual, por peritos oficiais, deverá ser realizado o exame necroscópico”.

Com relação à morte natural, algumas situações devem ser consideradas:

1. paciente com médico assistente (hospitalizado ou não): o Código de Ética Médica estabelece que se o médico vinha prestando assistência médica ao paciente e este veio a falecer, e não havendo qualquer suspeita de morte violenta, cabe ao médico assistente a elaboração da Declaração de Óbito (Arts. 114 e 115);

2. paciente internado: de acordo com a Resolução CFM 1.805/06 (Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pág. 169). Se por algum motivo o médico não estiver em condições de fornecer a Declaração de Óbito, esta poderá ser fornecida por médico plantonista que indicará na Declaração sua condição de médico substituto. As condições da morte do paciente, sobretudo a causa mortis, poderão ser preenchidas mediante consulta ao prontuário médico;

3. paciente sem assistência médica – óbito no domicílio. São possíveis duas situações: a) a morte ocorre onde existe Serviço de Verificação de Óbito (SVO). Os SVOs são instituições que têm a finalidade de determinar a realidade da morte e sua causa, nos casos de óbitos ocorridos sem assistência médica ou quando com assistência médica a doença que levou à morte não tem causa conhecida; b) a morte ocorre onde não existe SVO. Nesta situação de acordo com a Lei 5452/1986, Art. 2, procede-se da seguinte maneira: “nos municípios do Estado de São Paulo onde não houver SVO, os óbitos das pessoas falecidas de morte natural sem assistência médica deverão ter seus atestados fornecidos por médico da Secretaria da Saúde e, na sua falta, por qualquer outro médico da localidade”.

No caso de morte de uma pessoa desconhecida, devem as instituições competentes proceder de toda a maneira para a identificação; quando resulta não ser possível, devem acompanhar o atestado de óbito fotografias e impressões digitais o atestado de óbito, sendo o morto enterrado como desconhecido.

Por fim, França, 2004, recomenda:

- ✓ não assinar atestados em branco;
- ✓ verificar se todos os itens da identificação da declaração estão devidamente preenchidos;

CASO 10 – CONSIDERAÇÕES SOBRE ATESTADO DE ÓBITO

- ✓ não assinar atestado de óbito em caso de suspeita de morte violenta, a não ser quando legalmente autorizado;
- ✓ partes de cadáver, como cabeça, ossos ou membros encontrados aleatoriamente são de competência dos Institutos Médico-Legais;
- ✓ às partes amputadas por ocasião de atos cirúrgicos recomenda-se a inumação em cemitérios públicos, acompanhada de um relatório médico contendo especificações das partes e identificação do paciente ou incineração de acordo com o Decreto Federal 61.817, de dezembro de 1967 e do Parecer Consulta CFM 04/1996.

Bibliografia

- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina, Declaração de óbito: documento necessário e importante. Brasília, DF: MS, CFM; 2006. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/DECLARACAO%20DE%20OBITO_cartilha%20CFM.pdf
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impresao.php?id=2940
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impresao.php?id=6285
- Brasil. Lei n.º 6.015 de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6015compilada.htm
- França GV. Medicina legal. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan; 2004. Cap. 32: Destinos do cadáver. Atestado de óbito. (...), p. 348-52
- Laurenti R, Mello Jorge MH. O atestado de óbito. São Paulo, SP: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, Faculdade de Saúde Pública – MS/USP/OPAS/OMS; 2004(*)
- Silva RG. Aspectos legais da morte. Medicina (Ribeirão Preto) 2005; 38(1):60-2. [on-line]. [Acessado em 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n1/9_aspectos_legais_%20morte.pdf
- Silveira MH, Laurenti R. Os ventos vitais: aspectos de seus registros e interpelações da legislação vigente com as estatísticas de saúde
- Silveira MH, Laurenti R. Os eventos vitais: aspectos de seus registros e interpelações da legislação vigente com as estatísticas de saúde. Rev. Saúde Publ, São Paulo 1973; 7:37-50
- Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Informática em Saúde da Universidade Federal de São Paulo. Definição da causa de morte. [online]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: <http://gamba.epm.br/pub/atestado/definicao.htm>

(*) Obra disponível na Faculdade de Saúde Pública / USP - Av. Dr. Arnaldo, 715 - 01246 904 - São Paulo, SP - Brasil. E-mail: cbcd@usp.br

CASO 11

Considerações sobre Internação Compulsória em Psiquiatria



Resumos

1) Alcoolista, sem transtornos mentais, costuma causar confusões e constrangimento em público. Considerando este comportamento como “incontrolável”, sua família quer internação compulsória.

2) Por anos, parentes tentam conviver com paciente esquizofrênico, cujo quadro piora progressivamente. Durante alucinações, inclusive, o rapaz acredita ser vítima de um “complô” dos familiares, e avisa: vai matá-los.

3) Mulher recebe diagnóstico de transtorno bipolar de humor. Apesar de inofensiva, médico procurado recomenda ao marido que a “interne à força”.

4) Jovem drogado apresenta comportamento agressivo, só que a família fica dividida sobre interná-lo ou não.



Exposição dos detalhes

Situação 1

Apesar de apresentar episódios de etilismo desde a adolescência, homem de 45 anos é avaliado por dois psiquiatras como portador de uma doença (crônica, com aspectos comportamentais e socioeconômicos), porém, sem componentes psiquiátricos.

Com o passar do tempo, o vício se agrava, e o doente apresenta crescente agressividade, tanto no ambiente doméstico quanto fora de casa – o que causa várias situações constrangedoras à família, além da perda de emprego do homem.

Por acreditar que “não há mais solução”, esposa e filhos recorrem a médico conhecido, e todos decidem pela internação à revelia da vontade do paciente, que se considera “perfeitamente capaz” de controlar o hábito da bebida.

Durante situação de crise, ambulância é chamada e o paciente é internado compulsoriamente. Para tanto, recursos adicionais são utilizados, incluindo sedação e “camisa de força”.

Situação 2

Aos quinze anos, adolescente até então normal começa a “ouvir vozes” e a “ter alucinações”.

Pela piora progressiva do quadro, é levado pelos pais ao psiquiatra que diagnostica esquizofrenia. Em princípio a família – que é altamente religiosa – acredita que o poder da fé irá curar o rapaz e impede o tratamento. No entanto, os anos se passam e, com 25 anos, a situação se torna incontrolável: “as vozes” ordenam que o doente mate mãe, pai e irmãos, já que estes participam de um complô, voltado a “eliminá-lo”.

Quando, finalmente, é levado a tratamento, relata ao psiquiatra assistente a intenção de matar a própria família, o médico recomenda fortemente a internação compulsória, como forma de autopreservação do paciente e garantia da integridade de seus familiares.

Situação 3

Mulher de 30 anos apresenta variações de humor frequentes: em um dado momento demonstra euforia excessiva – traduzida pelo hábito de comprar em demasia, ultrapassando todo o orçamento planejado. No seguinte, recolhe-se ao seu quarto, em profunda tristeza.

Estes padrões de comportamento se tornam tão repetitivos que levam o psicólogo procurado a suspeitar de transtorno bipolar do humor (psicose maníaco-depressiva). Este pede à família que procure seu “médico de confiança”, para possível tratamento.

O médico procurado foi um primo, clínico recém-formado, cuja “experiência profissional” se resumia à avaliação da aptidão de crianças para

participarem da aula de educação física em escolas. Apesar da reconhecida inexperiência na área, temeroso de que o quadro culmine em violência, resolve “agir”, recomendando internação compulsória.

Situação 4

O que no começo parece um comportamento típico de adolescente – falta de respeito com os pais e com funcionários de sua casa – aos poucos se traduz em agressividade, por parte de jovem estudante de 19 anos, proveniente da classe média.

A drogadição apareceu aos poucos: primeiro, em forma de ingestão diária de bebidas alcoólicas, junto com colegas da escola. Depois, em uso de maconha, seguido do uso de maconha e cocaína.

A aparente “apatia” presente há algum tempo, transforma-se em atitudes violentas: quando contrariado (por exemplo, ao receber um “não” aos seus freqüentes pedidos por dinheiro), passa a quebrar móveis e objetos, além de partir para a agressão verbal e física a quem estiver por perto.

O comportamento piora a ponto de sair de qualquer controle. Porém, o adolescente se recusa terminantemente a receber ajuda médica. “Fujo de casa”, garante.

Ao perceber toda a situação, psiquiatra consultado recomenda internação compulsória. Mãe concorda, mas pai, não: “É só uma fase, meu filho é sadio... vai passar”.

Eixo Central

Internação compulsória em psiquiatria

Pergunta-base: Em que situações é eticamente defensável partir para internação involuntária?



Argumentos

■ No artigo “Internação Involuntária em Psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação”, publicado no caderno “Ética em Psiquiatria”, do Cremesp, Lima lembra que determinadas condições clínicas podem possibilitar ao psiquiatra que interne compulsoriamente

seu paciente – decisões estas respaldadas pela Lei Federal 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

■ A primeira corresponde à presença de transtorno mental (exceto transtorno de personalidade anti-social) além de, no mínimo, uma das seguintes condições: a) risco de auto-agressão; b) risco de heteroagressão (agressão a outros); c) risco de agressão à ordem pública; d) risco de exposição social; e) incapacidade grave de autocuidados.

■ Em concordância a esta lei, o Ministério da Saúde, sob a Portaria 2391/GM/2002, prevê quatro modalidades de internação, ou seja, 1) Internação psiquiátrica voluntária (IPV); mediante consentimento livre e esclarecido; 2) Internação psiquiátrica involuntária (IPI); 3) Internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária em sua evolução; 4) Internação psiquiátrica compulsória.

■ De acordo com Muñoz e Fortes, no capítulo O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido, no livro Iniciação à Bioética (CFM), “desordens emocionais ou mentais, e mesmo alterações físicas, podem reduzir a autonomia do paciente, podendo comprometer a apreciação e a racionalidade das decisões a serem tomadas”. Na opinião dos professores, nas situações de autonomia reduzida cabe a terceiros, familiares ou mesmo aos profissionais de saúde, decidir pela pessoa não-autônoma.

■ O Art. 48 do Código de Ética Médica (Direitos Humanos) veda ao médico a possibilidade de “exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar”.

■ Já o Art. 56 (Capítulo V, relação com pacientes e familiares) proíbe: Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida”.



Eixos Secundários

- Direito à autonomia
- Privação de liberdade
- Assimetria de poder entre médico/paciente/familiares



Situação que poderá ser levantada

◆ Em outras especialidades, há situações que podem levar à internação compulsória? Quais?



Discussão

Por: Carlos Alberto Pessoa Rosa

Atualmente, mesmo havendo algumas resistências enraizadas no passado, não cabe mais discutir se o indivíduo em plenas condições de raciocínio e decisão tem ou não o direito de receber todas as informações sobre seu estado de saúde e tratamento, cabendo a ele o consentimento (ou não) à decisão médica.

Os problemas surgem quando nos deparamos com situações em que a autonomia de algum modo encontra-se comprometida, o que poderia levantar dúvidas quanto à plena capacidade de compreensão e escolha do Sujeito, ou no caso de seu impedimento, dos responsáveis.

Entre os extremos, existe uma área fronteira muitas vezes nebulosa e, por que não dizer, perigosa, influenciada por fatores de diversas ordens, como a social, a econômica e a cultural, extremamente angustiante para os envolvidos, e que poderá desviar o profissional de uma decisão racional e científica, de proteção e tratamento, em prejuízo do paciente, seja na avaliação inadequada quanto às condições de sua autonomia, seja pela interferência de cunho afetivo ou baseado em hábitos, costumes e crenças, como seria no caso dois, houvesse o médico compartilhado da decisão de caráter religioso da família.

Apesar de os recursos terapêuticos permitirem uma ação mais eficaz nas diversas doenças psiquiátricas, reduzindo a necessidade de internações, a psiquiatria, dentre as especialidades médicas, continua a ser a que mais deve pensar e nortear a prática médica em situações de perda de autonomia.

Não devemos deixar de salientar que, em muitas localidades e situações, serão os clínicos, os médicos de família e os geriatras os primeiros profissionais a serem acionados diante de um caso psiquiátrico, devendo, portanto, estar devidamente preparados para acolherem os pacientes que assim se apresentam.

De todas as condutas médicas, a que priva o Sujeito de viver em sociedade, com certeza continuará a ser não apenas a mais árdua e difícil de decidir, mas a que demandará maiores discussões e decisões éticas e jurídicas. Ocorrida a internação involuntária, ou tornando-se uma internação

voluntária em involuntária por agravamento do quadro durante o tratamento, assim que haja uma resposta benéfica à conduta adotada, a questão da autonomia poderá ser novamente levantada, exigindo da equipe de saúde um preparo especial na prática médica nessa situação.

Para atuar em território tão complexo, não pode o médico desconhecer a legislação pertinente e o Código de Ética Médica, sem perder o sentido de que seu alvo principal é o bem-estar do paciente e que não deve limitar o direito de o paciente decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar. Porém, em determinadas situações essa capacidade estará reduzida, ou o quadro apresentado pelo paciente poderá colocar em risco sua própria vida ou a de terceiros, independentemente de sua situação quando da apresentação ao médico, como seria o caso do alcoólatra que diante do uso do álcool torna-se agressivo, colocando em risco a integridade de familiares, mas que nada se lembra depois de passado o efeito da droga.

Em situações críticas, de crises delirantes e alucinatórias, quando a necessidade de internação compulsória imediata é clara, com o objetivo de tirar o indivíduo do quadro apresentado, seja pelo risco de ordem pessoal, seja coletivo, a Lei 20.216/2001 confere ao médico especialista, com a concordância da família ou responsável legal pelo paciente, a possibilidade de internação mediante comunicação justificada ao Ministério Público Estadual no prazo de até 72 horas após sua ocorrência, seguida de notificação circunstanciada ao mesmo órgão quando da alta hospitalar.

Deve-se salientar que a lei é contundente ao conferir ao **Médico Especialista** a prerrogativa de decisão e não a outro profissional, como colocado no caso três, situação agravada pelo parentesco do médico com a paciente, que, mesmo sendo um parente especialista e com longa experiência, poderia tomar decisões com forte teor afetivo ou emocional, ocorrência inadequada e desaconselhável. Quando da ausência familiar ou em sua não concordância, como o apresentado no caso dois, decidindo pela internação, o médico especialista necessitará da ordem do Juiz para que a internação ocorra.

Havendo internação involuntária, com o objetivo de proteger as pessoas acometidas de transtorno mental da perda de seu direito de decidir,

cabe ao gestor estadual do SUS instaurar uma Comissão Revisora das Internações Involuntárias para acompanhá-las, num prazo de sete dias após a comunicação, devendo emitir laudo no prazo de 24 horas após revisão de internação.

Deve-se deixar claro que o único objetivo da internação é a recuperação do paciente e sua reinserção social no meio, dando-lhe condições de continuar seu tratamento em regime ambulatorial através de serviços de referência.

Bibliografia

- Alves LCA, coord. Ética e psiquiatria. 2 ed. São Paulo, SP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2007. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&tipo_pub=P&cod_publicacao=38
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940
- Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6366
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.391, de 26 de dezembro de 2006. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>
-

CASO 12

Considerações sobre Prontuário Médico



Resumo

1) No momento da alta, paciente solicita por duas vezes a cópia de prontuário, o que lhe é negado pelo hospital, que alega estar “cumprindo rotina interna”. Inconformado, recorre à delegacia de polícia. O hospital, então, entrega o original do documento ao delegado.

2) Durante a mesma internação, clínico utiliza o espaço do prontuário para ironizar tratamento proposto por colega cirurgião.

3) Médico auditor de operadora de planos de saúde busca indícios de doença excluída de cláusulas contratuais com o único objetivo de encontrar elementos que levem ao cancelamento de atendimento a um paciente.

4) Diretor clínico de hospital tem uma idéia que julga original: usar tarjas coloridas nas capas dos prontuários de pacientes atendidos em ambulatório, a fim de facilitar rotina administrativa. As cores são definidas de acordo com a doença.

5) Médico do trabalho alocado em empresa encaminha ao departamento de recursos humanos cópia de fichas de atendimento e de exames de grávidas candidatas a emprego.

6) Médico é dono de uma clínica juntamente com dois sócios. Ao sair da empresa, carrega consigo os prontuários de “seus” pacientes, já que pretende continuar a atendê-los em seu novo endereço profissional.

7) Familiares de médico falecido recentemente, dono de clínica, não sabem o que fazer com os prontuários armazenados no local. Devem simplesmente descartá-los?



Exposição dos detalhes

Situação 1

Homem de 40 anos é internado para investigação de quadro de febre alta e fortes dores na região do abdome. Depois de passar por vários exames inconclusivos e por diversos médicos (entre os quais o clínico e o cirurgião) é encaminhado para a apendicectomia, que resulta em complicações pós-cirúrgicas e vários dias com antibioticoterapia endovenosa.

Inseguro sobre a necessidade da operação – acredita que “cirurgia de apêndice é coisa para adolescentes” –, decide pedir cópia do prontuário no momento da alta, para que os detalhes do tratamento proposto possam ser analisados por seu médico de confiança. A administração do hospital nega o pedido, alegando “rotina administrativa” –; entrega-lhe apenas um resumo da internação.

Orientado por advogado, reitera o pedido e ouve nova negativa, o que o leva a pedir intervenção policial.

Delegado de polícia, então, acompanha paciente até o hospital, sendo que, na primeira tentativa, obtém não a cópia, mas o original do documento, com todos os detalhes sobre diagnóstico, prognóstico e tratamento proposto.

Situação 2

No mesmo caso, clínico utiliza espaço no prontuário para comentar conduta cirúrgica de colega, a qual avalia como “inadequada”. Ou seja, após analisar resultado de exame anatomopatológico da peça cirúrgica, deduz que a cirurgia fora feita sem necessidade. Para ironizar o tratamento proposto pelo colega cirurgião, escreve no prontuário: “agiu certo retirando o apêndice. Daqui alguns anos, poderia dar problema. Melhor prevenir do que remediar”.

Situação 3

Médico auditor de operadora de planos de saúde busca no prontuário indícios de doença excluída de cláusulas contratuais, com o único objetivo de encontrar elementos que levem ao cancelamento da responsabilidade pelo pagamento.

Questionada sobre a ética de sua conduta, empresa alega ser direito do auditor médico avaliar a “veracidade do que está sendo anotado no prontuário” – ainda que o objetivo central seja financeiro, não a saúde ou o atendimento do paciente.

Situação 4

Considerando que irá facilitar a rotina administrativa do ambulatório da unidade de saúde na qual atua, agilizando o atendimento aos pacientes, diretor clínico lança mão de uma estratégia: usar tarjas coloridas nas capas de prontuário, indicando que tipo de doença cada atendido tem.

A triagem das doenças é feita por funcionários do departamento administrativo da clínica, e, em dia de consultas, os prontuários ficam acondicionados em uma mesa central na recepção do ambulatório.

Situação 5

Atendendo à solicitação da direção da empresa para a qual atua, médico do trabalho encaminha ao departamento de Recursos Humanos (RH) fichas de atendimento e/ou exames de grávidas candidatas a emprego.

Curiosamente, avalia como “inaptas ao trabalho” todas as mulheres nesta situação, seja qual for a função pleiteada.

Situação 6

Médico é proprietário de clínica juntamente com mais dois sócios da mesma especialidade.

Certo dia, decide abrir seu próprio consultório, local em que pretende trabalhar sozinho. Ao deixar a empresa em que atuava, resolve levar consigo os prontuários dos pacientes por ele atendidos, com o objetivo de dar continuidade ao atendimento àquelas pessoas.

Sem qualquer má intenção, não pede a opinião dos pacientes sobre essa decisão. “Eles querem ficar comigo”, raciocina.

Situação 7

Há décadas, cardiologista é o único dono de clínica no mesmo bairro. No local, responsabiliza-se pela guarda das fichas de atendimento e prontuários médicos, em formato papel (nada eletrônico), de gerações de pacientes.

Inesperadamente ele morre, sem deixar avisado qual será o destino daqueles documentos arquivados. Entre seus familiares, porém, ninguém é da mesma área. Filhos e esposa ficam perdidos a respeito do que fazer com o material. *Deveremos guardá-lo? Por quanto tempo? Deveremos simplesmente descartá-lo? Entregar os documentos aos pacientes ou seus responsáveis legais? Transferi-los para algum outro local? Quais prontuários, os mais novos?* figuram entre as dúvidas surgidas naquele momento.

Eixo Central

O verdadeiro papel do prontuário

Pergunta-base: A quem pertence e para o que serve o prontuário?



Argumentos

■ O sigilo profissional é instituído em favor do paciente, como reza o Art. 5º, inciso X, da Constituição Federal. Sua quebra por “dever legal” se restringe à ocorrência de doenças de notificação obrigatória, de acordo com o disposto no Art. 269 do Código Penal, ou à ocorrência de crime de ação penal pública.

■ De acordo com a Resolução CFM 1821/07, os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis. Quando o prontuário for solicitado pelo paciente ou seu representante legal, os responsáveis pela guarda devem facilitar o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes

■ Segundo a Resolução CFM 1605/00, Art. 6º, o médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.

■ Ainda seguindo o que determina a Resolução CFM 1605/00, Art. 4º, 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.

■ O médico poderá encaminhar a cópia da ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante – leia-se, sem a necessidade de análise anterior por parte do perito médico – se houver autorização expressa do paciente.

■ O Art. 108 do Código de Ética Médica proíbe ao médico facilitar o manuseio e o conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

■ O Art. 102 do Código veda ao médico a revelação de fato de que venha a ter conhecimento em virtude da profissão, salvo justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

■ De acordo com o Art. 18 – As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

■ O Art.o 8º da Lei Estadual 10.241/99, de São Paulo, (mais conhecida como Lei Covas) garante ao paciente o direito de acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico, nos termos do Art. 3º da Lei Complementar 791, de 9 de março de 1995.



Eixos Secundários

- Correto preenchimento do prontuário
- Situações que permitem quebra de sigilo
- Doenças de notificação compulsória
- Relação entre médicos



Situações que poderão ser levantadas

- ◆ O paciente tem o direito de obter a íntegra do prontuário? Original ou cópia?
 - ◆ Hospital pode se negar a fornecer detalhes, alegando rotina interna? Terceiros (no caso, delegado de polícia) podem ter acesso aos detalhes contidos no documento?



Discussão

Por: Reinaldo Ayer de Oliveira

Prontuário Médico – Conceito:

Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Valor:

- ✓ meio indispensável para aferir a assistência médica prestada;
- ✓ elemento valioso para o ensino, a pesquisa e os serviços de saúde pública;
- ✓ servindo também como instrumento de defesa legal.

Paciente:

Do Prontuário deve constar: a identificação completa do paciente, a história clínica (anamnese), o exame físico, os exames complementares e resultados, as hipóteses diagnósticas, o diagnóstico definitivo e os tratamentos efetuados.

Durante o curso de uma internação fazem parte do prontuário os dados referentes a evolução diária do paciente, com data e hora, a discriminação de todos os procedimentos aos quais o paciente foi submetido e a identificação dos profissionais prestadores do atendimento.

Nos casos de emergências, nos quais seja impossível a coleta de história clínica do paciente, deverá constar: relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

Os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações.

Responsabilidade:

A responsabilidade pelo preenchimento do prontuário cabe ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento.

Os documentos acrescentados ao prontuário são de responsabilidade de diferentes profissionais nas suas respectivas áreas de atuação. A guarda do prontuário é de responsabilidade da hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias de Clínicas ou de Setores até o Diretor Clínico e/ou Diretor Técnico.

Guarda:

O tempo de guarda do prontuário é de no mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel. Com relação à guarda permanente para Prontuários Médicos em suporte eletrônico e microfilmados vale a seguinte norma:

“É autorizada a eliminação do suporte de papel de prontuários microfilmados ou digitalizados, após análise da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos”.

Comissão de Revisão de Prontuários:

A Resolução 70/95 do Cremesp e a Resolução CFM 1.638/02 tratam da obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Prontuários em instituição onde se presta Assistência Médica. Definem mandatos e processo de escolha, consignados no Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição.

Conclusão:

As questões essenciais com relação ao Prontuário Médico se resumem, basicamente, em: “a quem pertence e para o que serve o prontuário médico”?

O paciente tem todo o direito de obter a cópia integral de seu prontuário. O prontuário original deve ficar sob a guarda da instituição de saúde na qual está (ou esteve) internado. Terceiros só poderão ter acesso às informações contidas no prontuário com autorização explícita do paciente. Na sua incapacidade, a autorização passa para seu representante

legal. O prontuário pode – e deve – servir de veículo de comunicação entre os médicos, jamais será usado para outro fim.

Desta forma, diante das situações inicialmente exemplificadas, temos as seguintes considerações:

Caso 1 – Não existe legalmente qualquer norma ou “rotina administrativa” em instituição de saúde – pública ou particular – que possibilite negar a entrega de cópia do prontuário médico ao paciente ou a seu representante legal. Entretanto, também a cópia não poderá ser entregue mediante “força policial”. Se a instituição se sentir pressionada e tender a entregar posteriormente o prontuário, por via de juízo, deve obedecer aos trâmites jurídicos adequados à situação de conflito. Mesmo nessa situação deverá fornecer a cópia do prontuário médico, nunca o original.

Caso 2 – É importante ressaltar que o prontuário médico é um documento de valor científico e legal, sendo que, o que nele é escrito, deve obedecer as normas éticas de veracidade do conteúdo e, sobretudo, do respeito e consideração ao paciente, aos colegas e demais profissionais de saúde que se utilizarão do prontuário para tomar informações e estabelecer condutas com relação ao paciente. Comentários, observações e condutas de colegas, podem e devem escritas com muito respeito, e visando, fundamentalmente, o benefício do paciente.

Caso 3 – Na condição de auditor de operadora de planos de saúde, o médico que examina um prontuário médico deve ser cuidadoso na elaboração de seu relatório, preservando o sigilo das informações, não estabelecendo vínculo em prejuízo do paciente. Questionada sobre a ética de sua conduta, empresa alega ser direito do auditor médico avaliar a “veracidade do que está sendo anotado no prontuário” – ainda que o objetivo central seja financeiro, não a saúde ou o atendimento do paciente. Está errada.

Caso 4 – A utilização de tarjas coloridas (ou qualquer outro tipo de marcadores identificando doença nos prontuários médicos) é ilícito ético, pois rompe com o princípio fundamental que considera que o “médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções” .

Caso 5 – As fixas de atendimento e exames de candidatas a emprego, sobretudo quando grávidas, devem informar sobre as condições de saúde da pessoa. A gravidez não é condição que significa que as mulheres estão “inaptas ao trabalho”.

Caso 6 – Quando médicos de mesma especialidade são proprietários de clínicas há uma tendência de unificarem, sob a responsabilidade de uma secretária, as fichas dos clientes, para facilitar as comunicações com os mesmos. Trata-se de uma decisão administrativa, sem interesse ético. Entretanto, por exigência ética e legal, as fichas de atendimento (e prontuários médicos) são de obrigação explícita do médico e se refere ao seu paciente específico. Quando, por qualquer motivo, o médico associado em clínica resolve se separar dos demais colegas, deve se lembrar de que o prontuário médico contém informações que pertencem ao pacientes e sua guarda cabe a ele, médico. Portanto, após comunicar aos pacientes, deve o médico levar consigo os prontuários dos indivíduos por ele atendidos, para dar continuidade ao atendimento.

Caso 7 – Os documentos médicos (fichas de atendimento e prontuários médicos), arquivados em uma clínica cujo médico proprietário faleceu devem ser remetidos aos pacientes ou seus representantes legais. Quando isto não é possível por impossibilidade de encontrar os pacientes e/ou seus representantes legais, os mesmo podem ser destruídos, após avaliação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos.

Anexo ao caso 12

Instrumentos Éticos e Legais Sobre Prontuário Médico:

Resolução nº 1.605 do CFM de 2000.

Art. 1º – O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica.

Art. 2º – Nos casos do art. 269 do Código Penal, onde a comunicação de doença é compulsória, o dever do médico restringe-se exclusivamente a comunicar tal fato à autoridade competente, sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente.

Art. 3º – Na investigação da hipótese de cometimento de crime o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo criminal.

Art. 4º – 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.

Art. 5º – Se houver autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante.

Art. 6º – O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.

Art. 7º – Para sua defesa judicial, o médico poderá apresentar a ficha ou prontuário médico à autoridade competente, solicitando que a matéria seja mantida em segredo de justiça.

Art. 8º – Nos casos não previstos nesta resolução e sempre que houver conflito no tocante à remessa ou não dos documentos à autoridade requisitante, o médico deverá consultar o Conselho de Medicina, onde mantém sua inscrição, quanto ao procedimento a ser adotado.

Código de Ética Médica

Capítulo V – Relação Com Pacientes E Familiares:

É Vedado Ao Médico

Artigo 69 – Deixar de elaborar Prontuário Médico para cada paciente.

Artigo 70 – Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias a sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

Artigo 71 – Deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento ou na alta, se solicitado.

Artigo 102 – Revelar o fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Artigo 108 – Facilitar o manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

Direitos Do Paciente

Lei No. 10.241 de 17 de Março de 1999

(...)

Artigo 2º - São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:

VIII - acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico, nos termos do artigo 32 da Lei Complementar n. 791, de 9 de março de 1995;

(...)

XIII - ter anotado em seu prontuário, principalmente se inconsciente durante o atendimento:

a) todas as medicações, com suas dosagens, utilizadas; e

b) registro da quantidade de sangue recebida e dos dados que permitam identificar a sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

Constituição Federal 1988

Título II - Dos direitos e garantias fundamentais.

Capítulo I - Dos direitos e deveres individuais e coletivos.

Artigo 5º - “Todos são iguais perante a Lei, sem distinção de qualquer natureza, garantido-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes;

Inciso X - “São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.”

Código Penal

Seção IV - Dos crimes contra a inviolabilidade do segredo.

Artigo 153 - “Divulgar alguém, sem justa causa, conteúdo de documento particular ou correspondência confidencial, de que é destinatário ou detentor, e cuja divulgação possa produzir dano a outrem;

Pena: Detenção, de 1 à 6 meses, ou multa.

Parágrafo único: Somente se procede mediante representação.

Artigo 154: “Revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano à outrem;

Pena: Detenção, de 3 meses à 1 ano, ou multa

Parágrafo único: somente se procede mediante representação.

Bibliografia

- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 1.246/88. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.605, de 15 de setembro de 2000. Dispõe sobre o médico não poder, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica. [on-line]. [Acessado em: 16 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3051
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.821, de 11 de julho de 2007. Dispõe sobre 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. [on-line]. [Acessado em: 15 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7575
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm,
- Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. [online]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del2848.htm>
- São Paulo (Estado). Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre direitos dos usuários de serviços de saúde. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3080
-

CASO 13

Considerações sobre Relações Amorosas entre Médico e Paciente



Resumos

1) Psiquiatra mantém relacionamento amoroso e sexual com várias de suas atendidas, por acreditar que os problemas delas provêm de “carência afetiva”.

2) Para poder namorar paciente à qual acompanha faz anos, médico decide transferir a responsabilidade pelo atendimento a colega.

3) Pediatra se apaixona por mãe de paciente, mas não tem certeza se é ético sugerir relacionamento.

4) Recém-separada, médica considera que pode namorar um de seus pacientes, já que são os candidatos “mais próximos”.



Exposição dos detalhes

Situação 1

Psicanalista conhecido se depara com queixas constantes de suas pacientes sobre o quanto “a falta de amor” de seus maridos ou companheiros é a responsável pelo seu sofrimento.

Acreditando que pode “ajudá-las” a superar suas carências afetivas, médico sugere, como estratégia terapêutica, relacionamento amoroso com algumas acompanhadas – situação aceita por algumas delas.

Por outro lado, uma das pacientes, incomodada com a situação, resolve denunciar o profissional ao Cremesp. Em resumo, considera que o médico esteja se aproveitando da disparidade de poder na relação médico-paciente.

Situação 2

Aos 62 anos, casado e pai de três filhas, médico é o responsável pelo acompanhamento de uma menina com problemas reumáticos. Depois de anos de atendimento, cria-se um vínculo afetivo: aos 18 anos, a moça se diz “apaixonada” pelo profissional, passando a procurá-lo pelo telefone e a esperá-lo na porta de seu consultório.

Ao considerar que está “retribuindo o sentimento” expressado pela paciente, médico decide transferir a colega a responsabilidade pelo atendimento. “Se ela deixar de ser minha paciente, acaba-se o vínculo profissional”, defende-se.

Situação 3

Pediatra acompanha menino desde o nascimento da criança. Porém, depois de seis anos do início do atendimento, se descobre “apaixonado” pela mãe do paciente.

Questionado por colegas (que tentam dissuadi-lo da idéia de romance), argumenta que “sua responsabilidade profissional é com o paciente, não com a mãe dele”.

Situação 4

Sem tempo para sair e para flertar, médica jovem e recém-separada resolve escolher entre seus pacientes um futuro candidato a namorado.

Sobre o assunto, crê que não existam problemas: “estou tentando conhecer alguém em meu ambiente de trabalho, como é freqüente entre pessoas de outras profissões”.

Eixo Central

Relações amorosas médico-paciente

Pergunta-base: Há problemas em o (a) médico (a) namorar um (a) paciente, se ambos concordarem?



Argumentos

■ De acordo com o Código de Ética Médica, Art. 48, o médico é proibido “de exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar”.

■ O Art. 65, veda “aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico–paciente para obter vantagem física, emocional, financeira e política”.

■ O Parecer 47.651 do Cremesp, aponta a incorreção de aproveitar-se da assimetria de poder. “Não considero ético que um médico utilize sua “superioridade” no plano afetivo com relação à sua paciente, para seduzi-la”, diz o parecerista.

■ Porém, o mesmo parecerista considera que: “o relacionamento humano é complexo. Embora a moral ofereça um número até excessivo de modelos de boa conduta, percebe-se facilmente que posturas fincadas em sentimentos transcendem a rigidez dos padrões”.

■ Comentando texto sobre Assimetria na relação médico–paciente, de Surbone e J. Lowenstein, Zoboli ressalta que os autores, ainda que defensores da igualdade e da simetria entre os sujeitos da relação médico–paciente, em determinado momento percebem que tal relação mantém-se marcada por uma assimetria e que a reciprocidade no relacionamento “está baseada não na paridade, mas na diferença”.

■ A American Medical Association (AMA) considera como “conduta imprópria” contato sexual entre um médico e seu paciente. Segundo a AMA, “interações sexuais ou românticas” podem detratar o objetivo desta relação; explorar a vulnerabilidade do paciente; obscurecer o julgamento do profissional quanto ao atendimento médico a ser prestado, além de serem “perniciosas ao bem-estar” do próprio atendido.

■ Se o médico ou a médica tem razões para acreditar que o relacionamento com seu paciente vai além do esperado (existem, por exemplo, insinuações de âmbito sexual), a AMA aconselha que o médico deve evitar qualquer contato mais íntimo. “No mínimo, a obrigação ética do médico inclui o término do atendimento àquela pessoa” antes de iniciar um namoro, romance ou relacionamento sexual com um paciente.

■ Ainda de acordo com a AMA, “relacionamentos sexuais ou românticos entre um médico e um ex-paciente” podem indevidamente ser influenciados pelo relacionamento médico-paciente anteriormente estabelecido.

■ Portanto, “relacionamentos sexuais ou românticos com ex-pacientes são antiéticos se o médico usar ou explorar” a confiança criada no decorrer do atendimento prestado anteriormente; usar informações ou emoções expressadas durante consultas; ou se forem “influenciados pelo relacionamento profissional”.



Eixos Secundários

- Assimetria de poder
- Relação com familiares
- Assédio sexual



Situação que poderá ser levantada

- ◆ Quando acaba o atendimento, continua a proibição de relacionamento afetivo/sexual?



Discussão

Por Lisbeth Ferrari Duch e Sérgio Gomes de Souza

A discussão da relação afetiva entre médico e paciente é bastante complexa, pois há inúmeros aspectos a serem considerados.

A prática da Medicina Clínica vem se tornando cada vez mais impessoal no que diz respeito à relação médico–paciente. Este fenômeno ocorre, certamente, em conseqüência do perfil institucional do atendimento e, também, pela superespecialização dos médicos nas diferentes áreas. Assim, o atendimento médico fica fragmentado em diversas especialidades e, portanto, o paciente raramente tem o “seu médico”, existindo cada vez menos um profissional de referência. Desta forma, paciente e médico se tornam despersonalizados, um perante o outro, o que dificulta a construção de uma relação médico–paciente bem fundamentada. Apenas em situações de consultório é que esta relação médico–paciente ainda permanece forte, podendo se encontrar aqui um desvio.

Sabe-se que a execução de um ato profissional presume a existência de um contrato entre o cliente e o prestador do serviço, podendo ser explícito ou implícito.

Deve-se repetir, sempre, que, por definição os atos profissionais devem ser exercidos prioritariamente em benefício do cliente. A desobediência do princípio de beneficência motiva grande parte das infrações profissionais (em todas as profissões) e, mais ainda, os transtornos das relações profissionais–clientes. Entretanto, dentro deste contexto, há a necessidade de se assumir a própria Autonomia, aceitando e respeitando a Autonomia do outro.

Nesta relação temos: de um lado, o paciente com seu problema, trazendo sua dor e esperança àquele profissional que deverá ajudá-lo; do outro lado, o médico, com seu conhecimento e capacidade empenhados na busca da solução para o enfermo. Trata-se, portanto, de uma relação assimétrica, cabendo ao médico o domínio do conhecimento e do fato de ser depositário da confiança do paciente.

Não podemos, entretanto, dissociar o médico de sua natureza humana, com suas ansiedades e sentimentos e, sob este aspecto, a relação interpessoal goza de simetria. É importante, pois, reconhecer e dissociar

os papéis de cada protagonista dessa relação. E, mais do que isso, é fundamental que cada um respeite essa relação e seus objetivos.

Aqui, cabe um parêntese sobre a designação “paciente”, tradicionalmente atribuída aos clientes dos médicos (e de outros profissionais da saúde). Ao contrário do que muita gente parece pensar, o termo “paciente” provém de sofrimento, molestado, afetado negativamente por uma enfermidade. Não tem qualquer conotação de passividade ou de dependência (nem com ter paciência, esperar passivamente, deixar-se levar, submeter-se ou agir pacientemente).

Importa também destacar que o “paciente” não deve ser visto só como objeto de uma atuação tecnocientífica, mas, principalmente, como sujeito de uma interação interpessoal responsável e humana, dirigida a libertá-lo do padecimento.

Na construção da relação com seu paciente, o médico deve ter sempre em mente que, se bem constituída, alicerçada principalmente em valores como a confiança do paciente no profissional (confiança por este conquistada), tal relação terá papel fundamental no sucesso do seu trabalho e, conseqüentemente, no bem-estar de seu paciente, que sempre é o objetivo primeiro.

No Parecer Consulta 47.651/00 do Cremesp, temos o seguinte: “O relacionamento humano é complexo, embora a moral ofereça um número até excessivo de modelos de boa conduta, se perceberá facilmente que as posturas fincadas em sentimentos, transcendem à rigidez dos padrões. (...) não considero ético que um médico se utilize de sua “superioridade” no plano afetivo com relação à sua paciente, para seduzi-la e entreter com ela um relacionamento sexual. Ele estará visando proveito da assimetria da “dupla”, onde o cliente procura cuidados referentes à sua doença, e o médico, introduzindo-se em sua vida íntima, obtém sua anuência para um relacionamento afetivo - erótico. Neste sentido, a conduta é reprovável.”

O Código de Ética Médica, Arts. 48 e 65, faz alusão à vantagem que o médico poderia tirar de sua assimetria (superioridade) na relação, vedando tal procedimento. Claro está que a relação afetiva/amorosa não pode coexistir com a relação médico-paciente.

O relacionamento amoroso médico-paciente em especialidades que

não trabalhem com o emocional é mais raro do que nas que trabalham, como a Psiquiatria e/ou Psicanálise. Na situação psicanalítica, o amor que está presente deve permitir ao paciente obter respostas às suas perguntas, porém na condição de que o analista não se inclua como o outro sujeito.

A relação profissional–cliente – Resolução CFM nº 1.627, de 23 de Outubro de 2001

“A designação paciente, tradicionalmente atribuída aos clientes dos médicos (e de outros profissionais da saúde), importa em destacar o reconhecimento de sua qualidade de enfermo não só como objeto de uma atuação científico-técnica mas, principalmente, como sujeito de uma interação interpessoal responsável e humana dirigida para libertá-lo do padecimento. Aliás, ao contrário do que muita gente parece pensar, o termo paciente provém de sofrente, molestado, afetado negativamente por uma enfermidade. Não tem qualquer conotação de passividade ou de dependência (nem com ter paciência, esperar passivamente, deixar-se levar, submeter-se ou agir pacientemente)”.

Responder à demanda amorosa do paciente, como se fosse o analista, ele mesmo o objeto desse amor, é o mesmo que não escutar o paciente; é o que Fédida chama de delírio no tratamento.

Fédida, no artigo “Amor e Morte na Transferência” (1988) escreve, que a ambigüidade diz respeito à posição do analista, pois refere-se ao sentido inconsciente, ao desejo inconsciente que concerne ao inatual, ao infantil. Essa relação entre o inatual e o atual define a temporalidade ambígua de todo tratamento analítico.

Se um médico tem motivo para acreditar que contato não-sexual com um paciente poderá ser percebido como ou poderá levar ao contato sexual, então ele ou ela deve evitar esse contato não-sexual. No mínimo, as obrigações éticas do médico incluem o término da relação médico–paciente antes de iniciar um relacionamento romântico, sexual ou de encontros amorosos com um paciente.

Relacionamentos sexuais ou românticos entre um médico e um ex-paciente podem ser indevidamente influenciados pelo relacionamento médico e ex-paciente prévio. Relacionamentos sexuais ou românticos com ex-pacientes são antiéticos se o médico usa ou explora a confiança,

o conhecimento, as emoções, ou a influência derivados do relacionamento profissional anterior, baseando-se na assimetria existente. Consideramos, assim, não existir uma proposta definida de conduta, uma vez que a relação humana é complexa o suficiente para exigir avaliações isoladas, dando valor a cada fator desencadeante dentro do contexto.

Exemplificando a complexidade desta relação:

Dois médicos que, a partir do adoecimento de um deles, passam a viver uma relação médico–paciente. Defensores que são da igualdade e da simetria entre os sujeitos desta relação, em determinado momento percebem que a relação deles mantém-se marcada por uma assimetria e que a reciprocidade no relacionamento está baseada não na paridade, mas na diferença.

A partir da narrativa de sua experiência, exploram as diferentes perspectivas que marcam o paciente e o médico na vivência da realidade da doença. Para o paciente, sua doença é vivida como o foco central de sua vida, enquanto o médico, ao contrário, vai de um caso para o próximo, encarando a doença de um ponto de vista objetivo, com base no conhecimento científico que domina.

Com estas considerações, o artigo contribui para explicar situação comum nos serviços de saúde, como a divergência de interesses entre o paciente e o profissional, com o primeiro buscando a solução de um problema que considera importante e o segundo mantendo-se preso aos procedimentos técnicos, normas e rotinas da instituição, o que pode, em alguns momentos, criar tensões e, mesmo, desentendimentos.

Nesse encontro de necessidades, a negociação é imprescindível, devendo ser concretizada em meio a uma relação de diálogo marcada pelo respeito às singularidades, autonomia e dignidade de ambos, pois as diferenças de perspectivas não devem implicar uma relação de dominação.

Isto porque o respeito pela autonomia dos pacientes não está baseado no pressuposto da paridade, mas no reconhecimento do direito de autodeterminação do paciente, que é a parte mais vulnerável da relação.

Temos experimentos afirmando que do amor à obsessão e delírio seria apenas um passo, ao se realizar esta comparação medindo-se o transportador de serotonina.

Outro achado semelhante aconteceu com o uso do aparelho PET Scan, onde as imagens medindo a atividade cerebral em determinados centros neurológicos estavam igualmente hiperativadas nos pacientes com “transtorno obsessivo” e naqueles que estavam “apaixonados”.

Imagens PET

Na Universidade de Pisa (Itália, 1999), foi testada a hipótese de que do amor à obsessão e ao delírio haveria apenas um passo, medindo-se a concentração do transportador de serotonina.

Três grupos de pessoas foram testados “normais”, “apaixonados há pouco tempo” e os “obsessivos”. Constatou-se que o transportador de serotonina variou de forma igual nos *Apaixonados e nos pacientes com Transtorno Obsessivo*.

Outro achado revelador foi o das imagens cerebrais realizados pelo PET (Tomografia por Emissão de Pósitrons, capaz de medir quais áreas cerebrais estão consumindo mais oxigênio e glicose, portanto mais ativas) evidenciando que tanto nas pessoas com o transtorno obsessivo quanto nos apaixonados (quando esses pensavam na pessoa amada) o núcleo caudado estava hiperativado.

Ainda utilizando o PET mostrou-se que sensações amorosas parecem desativar diversas regiões cerebrais responsáveis por emoções negativas (áreas do lobo frontal direito e partes da amígdala), ativadas em caso de medo, tristeza e agressões (portanto o amor nos torna mais corajosos e dóceis, no sentido de “inocentes”).

A diferença entre ambos (Transtorno Obsessivo e Delírio) consiste no “grau de certeza” de quem o experimenta: no obsessivo predomina a dúvida e a introspecção; nos delírios prevalecem a certeza e a perturbação das capacidades de introspecção. A paixão evolui entre a obsessão e o delírio, pois o apaixonado está convicto do valor do ser amado e de seu sentimento, mas sabe que essa idéia é um produto de seu psiquismo.

Sabemos que o amor apaixonado também proporciona felicidade e intensas satisfações, ao passo que o Transtorno Obsessivo é um sofrimento. A fronteira entre ambos é que, com o passar do tempo, a paixão sofre modificações e a serotonina deixa de ser seu principal neurotransmissor dando lugar a dopamina (neurotransmissor do prazer).

Isso foi verificado nos indivíduos “recém-apaixonados” em teste após um ano, quando consumaram sua conquista (acabando com o “platonismo”, realizando o ato sexual). Em outras palavras a paixão obsessiva da fase inicial da conquista pode se transformar no prazer duradouro e estável do amor.

A maior intensidade dos sentimentos amorosos parte de emoções negativas como medo e estresse. Pesquisas confirmam que pais que quiseram evitar relacionamentos românticos dos filhos acabaram por alcançar o contrário.

Não estamos tentando justificar os casos de relacionamento afetivo entre médico e paciente, mas, apenas, reconhecer a possibilidade da existência de alteração orgânica mediando esse sentimento, que pode afetar a objetividade do raciocínio do profissional e, portanto, seu controle da situação.

Diante deste achado, temos por norma evitar este duplo sentimento, pois não temos um total controle da situação, por mais que pensemos em dominá-la. Devemos eliminar um deles, para não cairmos em erros futuros de julgamento crítico.

A relação entre duas pessoas que cria, com sucesso, um ambiente de empatia e cordialidade, poderá estar sujeita a desviar-se de seu objetivo primordial, que é o cuidado com o paciente.

Entretanto, o ser humano não é dividido em setores estanques, incommunicáveis entre eles; podendo haver, independentemente de que alguém tire partido da assimetria existente na relação, o despontar de algum sentimento diferente do proposto inicialmente, surgindo indícios de

possível relação amorosa. Este fato, por si, não caracteriza, obrigatoriamente, um ilícito ético/moral, mas deve disparar o sinal de alerta.

Contato sexual ou interações românticas que ocorrem simultaneamente com o relacionamento médico–paciente constituem, indiscutivelmente, uma má conduta, absolutamente reprovável. Interações amorosas/sexuais permeando a relação médico–paciente denigrem as metas desse relacionamento, podendo explorar a vulnerabilidade do paciente e obscurecer o julgamento objetivo do médico no que diz respeito aos cuidados de saúde do paciente, e, conseqüentemente, poderão ser prejudiciais para o bem-estar do mesmo.

Se uma paciente enamorou-se de seu médico, parece que são possíveis apenas dois desfechos. Um, raro, é que todas as circunstâncias permitam uma união legal e permanente entre eles; o outro, mais freqüente, é que médico e paciente se separem, abandonando o trabalho que começaram e que deveria levar ao restabelecimento dela.

Há um terceiro desfecho concebível, que é eles iniciarem um relacionamento amoroso ilícito e que não se destina a durar para sempre. Esse é um caminho impossível por causa da moralidade convencional e dos padrões ético-profissionais.

Aqui não foi contemplado o “assédio sexual” por entendermos tratar-se de situação diferente, onde a assimetria tem papel preponderante sempre, independente do lado para qual ela atua (nestes casos o “poder” pode estar tanto com o médico como com o paciente).

Finalizando este tema complexo, devemos deixar bem claro que os sentimentos afetivos e o relacionamento profissional entre o médico e o paciente não podem conviver juntos, denegrindo, no mínimo, os princípios éticos da profissão. Definitivamente, um deles deve se encerrar para que não se desvirtuem os princípios éticos e não se incorra em uma infração ao Código de Ética Médica, com possíveis conseqüências ao profissional envolvido.

Assédio Sexual, Assédio Moral, Estupro e atentado violento ao pudor

Assédio Sexual: Trata-se de uma abordagem persistente de uma pessoa a outra, com a pretensão de se obter favores sexuais, mediante imposição de vontade. O assédio sexual ofende a honra, a imagem, a dignidade e a intimidade da pessoa.

Assédio Moral: é a exposição dos trabalhadores e trabalhadoras a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções. São mais comuns em relações hierárquicas autoritárias e assimétricas, em que predominam condutas negativas, relações desumanas e antiéticas de longa duração, de um ou mais chefes dirigida a um ou mais subordinado(s), desestabilizando a relação da vítima com o ambiente de trabalho e a organização.

Atentado Violento ao Pudor: é um crime presente no **Código Penal Brasileiro** que se diferencia do **estupro** por envolver ato sexual diverso da cópula (também denominada conjunção carnal ou sexo vaginal) ou ainda, quando a vítima é do sexo masculino.

Isto é, no Brasil, a definição legal para um homem que tenha sido vítima de qualquer tipo de abuso sexual ou uma mulher que tenha sido forçada a praticar sexo oral, anal, etc, é **atentado violento ao pudor** e não **estupro**, como é em vários países do mundo.

Por ser mais abrangente, os termos violência ou abuso sexual (ou violação, em Portugal) estão sendo preferidos na hora de se referir tanto ao estupro quanto ao atentado violento ao pudor.

Há outras formas de atentado violento ao pudor, que compreendem a prática de atos diversos da conjunção carnal, por exemplo, acariciar as partes íntimas de pessoa, após havê-la subjugado de alguma forma – pelo emprego de arma ou outra violência. Neste caso, a violência é real (mediante intimidação capaz de anular a resistência normal da vítima); situação diferente da violência presumida – aquela em que a vítima é menor de 14 anos, ou deficiente física ou mental, onde a violência é presunção legal em virtude da menor ou nenhuma capacidade de se defender.

Anexo ao Caso 13

Posição da Associação Médica Americana (sigla em inglês, AMA) sobre Conduta Sexual Imprópria na Prática da Medicina

“Um contato sexual que ocorre simultaneamente com uma relação médico–paciente constitui-se em uma conduta sexual imprópria. Interações sexuais ou românticas entre médicos seus e pacientes prejudicam os objetivos estabelecidos em uma relação médico–paciente; podem explorar a vulnerabilidade do atendido; obscurecer um julgamento objetivo do profissional na prestação de cuidados, enfim, podem ser perniciosas ao bem-estar do paciente.

Se o médico tiver razões para acreditar que um contato não-sexual possa ser interpretado pelo paciente como o contrário – ou se este contato está se encaminhando a um contato sexual – ele (ou ela) deve evitar qualquer contato. No mínimo, entre as obrigações éticas do médico está a de encerrar o vínculo profissional com o atendido antes de iniciar um namoro ou relacionamento sexual com o paciente.

Relacionamentos românticos e sexuais entre médicos e ex-pacientes podem ser indevidamente influenciados por uma relação pregressa de atendimento.

Relacionamentos sexuais ou românticos com ex-pacientes são antiéticos se o médico usar ou explorar a confiança, emoções, influência ou conhecimento, derivados de relacionamento profissional prévio.”

Editado em dezembro de 1989; Atualizado em Março de 1992 com base no artigo “Sexual Misconduct in the Practice of Medicine”, adotado em Dezembro 1990 (JAMA. 1991; 266: 2741-2745).

Bibliografia

- Barthes R. Fragmentos de um discurso amoroso: vocábulo: Gradiva, Signos. Rio de Janeiro, RJ : Ed. Francisco Alves; 1989
- Blasco PG. Medicina e pessoa humana.[Texto para debate em seminário de Filosofia no programa Master em Jornalismo para Editores da Faculdade de Ciências da Informação da Universidade de Navarra (Espanha) em São Paulo (ago-97)]. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: <http://www.hottopos.com/mirand2/medicina.htm>
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.627, de 23 de dezembro de 2001. Define o ato médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3075
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 47.651/00. Relação médico paciente. Homologado na 2.528ª RP em 14.11.2000. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=5088
- Fédida P. Clínica Psicanalítica : estudos. São Paulo, SP : Escuta; 1988. Amor e morte na transferência; p. 21-66.
- Fernandes MH. A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos : o corpo na clínica psicanalítica, Percurso 1999; (23).
- Fontes I. Psicanálise do sensível : a dimensão corporal da transferência. Rev Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. 1999 2(1):137-152.
- Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro : Imago; 1996.
- Posição da American Medical Association (AMA) Sexual Misconduct in the Practice of Medicine. JAMA. 1991; 266: 2741-2745.
- Silvestre D, Michel. A transferência é amor que se dirige ao saber. In: Lacan JZ , Lacan GM, eds. Rio de Janeiro, RJ: Zahar Editor; 1989.

Texto para debate em seminário de Filosofia no programa Master em Jornalismo para Editores da Faculdade de Ciências da Informação da Universidade de Navarra (Espanha), em São Paulo (ago-97).

Zoboli E. Assimetria na relação entre médico e paciente. [comentário do original Suborne A, Lowenstein J. Exploring asymmetry in the relationship between patients and physicians. The Journal of Clinical Ethics 2003; 14:183-8]. [online]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=ArtigosComentados&id=12>

CASO 14

Considerações sobre Testemunhas de Jeová



Resumos

1) Infartado necessita transfusão de sangue em caráter de urgência. Por ser Testemunha de Jeová ele e sua família recusam o procedimento, mas médicos resolvem sedá-lo e, escondido, ministram o sangue.

2) Paciente chega a hospital inconsciente. Ao atendê-la, equipe médica encontra em seu bolso documento registrado em cartório determinando que não seja aplicado sangue, ainda que em caso de risco de morte.

3) Familiares de paciente Testemunha de Jeová acidentado permitem que ele receba sangue, à revelia de sua opinião. Assim que melhora, este decide processar a todos – inclusive parentes, médicos e hospital.

4) Mulher Testemunha de Jeová deixa claro que não pretende, em hipótese alguma, receber sangue. Internada em estado gravíssimo, recebe transfusão compulsória. Mesmo assim, morre.

5) Criança de três anos necessita de transfusão urgente. Seus pais pedem para não transfundi-la, mas equipe médica resolve contrariá-los, salvando-lhe a vida.

6) Grávida de 24 semanas, Testemunha de Jeová, apresenta complicações que levam a sangramento intenso. Durante atendimento, recebe sangue de forma compulsória, já que intensivistas consideram que sua autonomia não supera o direito da criança.



Exposição dos detalhes

Situação 1

Aos 45 anos, homem passa por cirurgia para implante de pontes de safena. No pós-operatório apresenta hemorragia, que demanda transfusão de sangue em caráter de urgência.

Consciente, ele exige da equipe médica que respeite seu desejo de não receber sangue, assumindo todos os riscos, atitude compartilhada por toda a sua família.

Inconformados, médicos tomam uma decisão: durante a madrugada, sedam-no e ministram o sangue, estabilizando seu quadro.

Situação 2

Após acidente, mulher de 50 anos chega a hospital inconsciente. Ao despi-la, enfermeira encontra em seu bolso documento registrado em cartório dando conta de que aquela paciente não aceitaria submeter-se a transfusão de sangue, em hipótese nenhuma, por ser Testemunha de Jeová

Como estava inconsciente, os médicos que a atenderam ficam na dúvida: será que pensaria da mesma forma, perante risco iminente de morte?

Situação 3

Familiares de paciente Testemunha de Jeová acidentado permitem que ele receba sangue, à revelia de sua opinião. Médicos sabiam do posicionamento do doente, pois este deixara tudo documentado.

Assim que melhora, o homem decide processar a todos, inclusive médicos, familiares e hospital.

Situação 4

Testemunha de Jeová, 28 anos, deixa claro que em hipótese nenhuma quer receber sangue no decorrer de seu tratamento de leucemia – no que, inicialmente, recebe apoio do marido.

Com o passar dos meses, no entanto, apresenta piora progressiva. Mesmo assim, mantém sua opinião – ao contrário do marido que, perante risco iminente de morte da esposa, fica em dúvida em permitir ou não o procedimento.

Aproveitando a aparente passividade do homem, médicos realizam a transfusão, mas a paciente morre mesmo assim. Nos últimos minutos de consciência, porém, tem tempo para lamentar o fato de sua alma “haver ficado maculada”.

Situação 5

Após queda, criança chega a hospital com quadro de hematoma cerebral e necessita de cirurgia de urgência.

Ao responder a anamnese pré-operatória, pai informa que, sendo ele e a esposa Testemunhas de Jeová, “não aceitarão” a aplicação de sangue na filha, “ainda que seja necessária”.

“Preferimos perdê-la a contrariar nossa crença”, ressaltou o casal.

Durante a operação, no entanto, ocorre um sangramento de difícil controle e o cirurgião autoriza o procedimento. Um dos assistentes, também Testemunha de Jeová, atende à determinação, porém avisa que vai processá-lo no Cremesp por “interferir no direito de autonomia e de decisão” daquela família.

Situação 6

Grávida de 24 semanas, Testemunha de Jeová, é internada com hemorragia intensa. Aflita, avisa aos médicos que prefere perder a própria vida e a do filho a receber transfusão de sangue.

Classificando o pedido como “absurdo”, intensivistas resolvem aplicar sangue compulsoriamente, considerando o princípio bioético de Beneficência ao futuro bebê.

Eixo Central

Religião vs. Ciência Médica

Pergunta-base: O que é eticamente melhor? Realizar o procedimento indicado, à revelia do paciente, ou respeitar a vontade dele?



Argumentos

■ A base religiosa que Testemunhas de Jeová alegam para não permitirem ser transfundidos é obtida em alguns textos contidos na Bíblia, como no livro do Gênesis: “Todo animal movente que está vivo pode servir-vos de alimento. Como no caso da vegetação verde, deveras vos dou tudo. Somente a carne com sua alma – seu sangue – não deveis comer.” Ou no Levítico: “Quando qualquer homem da casa de Israel ou algum residente forasteiro que reside no vosso meio, que comer qualquer espécie de sangue, eu certamente porei minha face contra a alma que comer o sangue, e deveras o deceparei dentre seu povo”.

■ O Código de Ética Médica, em seu Art. 56, veda ao médico “desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida”

■ Art. 48 – “exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar”.

■ Como analogia, pode-se também usar o Art. 51, que veda “alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em greve de fome que for considerada capaz física e mentalmente, de fazer juízo perfeito das possíveis conseqüências de sua atitude. Em tais casos, deve o médico fazê-la ciente das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de perigo de vida iminente, tratá-la”

■ Vários pareceres do Cremesp tocam no assunto, “caminhando” para a tendência ao respeito à autonomia. O Parecer Consulta 19.123/94 do Cremesp, por exemplo, enfatiza: “torne-se claro que o paciente tem o direito de decidir quanto à sua aceitação ou não, de transfusão de sangue, baseado em crença, religião, ou qualquer outra condição inerente à sua vontade”.

■ O mesmo Parecer menciona: “embora jurisprudencialmente, no Brasil, se tenda a considerar a vida como sendo um “bem indisponível”, do qual a pessoa conscientemente não teria o direito de abrir mão, a posição pode ser questionada. Afinal, a Constituição assegura o “direito à vida” e não “o dever à vida”.

■ Por outro lado, o Parecer 27.278/96 traz na ementa: “deverá o médico procurar os recursos técnicos e científicos para proteger a saúde do paciente, sem contrariar sua vontade expressa. Contudo, com relação à criança a transfusão deve ser realizada perante risco iminente de morte”.

■ Segundo o Parecer 41.191/99 do Cremesp é verdadeiro que “o Código de Ética Médica vigente, não se desapegando plenamente do Princípio de Beneficência, deixa realmente uma brecha para a intervenção compulsória do médico em situações de iminente risco de morte”.

■ O Estatuto da Criança e do Adolescente não toca diretamente na questão de Testemunhas de Jeová. Porém, em seu Art. 17, garante que “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, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais”.

■ Sobre criança Testemunha de Jeová, Kipper diz que crianças provenientes de famílias dessa religião correspondem a um caso extremo em Pediatria, “que para continuidade do tratamento a Justiça precisa intervir em favor do médico”. Por conta disso, “o médico é obrigado a denunciar a situação ao Conselho Tutelar e a Promotoria da Infância e da Juventude, e assim a Justiça destituiu provisoriamente os pais do pátrio poder, para que a transfusão possa ser feita e o tratamento continue. A base legal utilizada neste caso é o Art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que classifica a atitude da família como maus-tratos, já que impede um direito garantido por lei que é o acesso à saúde”.

■ No caso de crianças, o princípio da Autonomia da decisão dos pais não se aplica. Os pais não podem impor seus princípios religiosos ao filho em situações de risco de morte. É prudente que a equipe que cuida do paciente recorra a apoio jurídico antecipado com caráter preventivo, não deixando de prescrever os hemoderivados necessários à manutenção da vida em tempo hábil, diz Kopelman (Princípios Éticos em Neonatologia).

■ Fortes e Muñoz (o Princípio de Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido), ressaltam que “quando não há liberdade de

pensamento nem de opções, quando se tem apenas uma alternativa de escolha, ou ainda quando não exista liberdade de agir conforme a alternativa ou opção desejada, a ação empreendida não pode ser julgada autônoma”.

■ Por outro lado, em outro trecho do mesmo artigo, os autores destacam que a autonomia não deve ser convertida em direito absoluto; seus limites devem ser dados pelo respeito à dignidade e à liberdade dos outros e da coletividade.

■ Para alguns autores, como França, este posicionamento só é válido enquanto não houver risco de morte iminente associado ao estado do paciente. Nesta situação o médico estaria autorizado a transfundir o paciente, mesmo contra a sua vontade, com base no princípio da Beneficência. O argumento utilizado é o de que a vida é um bem maior, tornando a realização do ato médico um dever *prima facie*, sobrepunhando-se ao anterior que era o de respeitar a autonomia. Este posicionamento tem respaldo, inclusive no Código de Ética Médica.

■ Pensa de modo diferente Gracia, para quem o paciente reconhecidamente capaz deve poder exercer a sua autonomia plenamente, mesmo perante risco iminente de morte.



Eixos Secundários

- Relação médico–paciente
- Paternalismo
- Arrogância do médico
- Omissão de socorro



Situações que poderão ser levantadas

◆ Se o paciente não quiser transfusão e morrer, sua família poderá entrar na Justiça contra o médico ainda que, inicialmente, fosse favorável à não-realização do procedimento?

◆ Se decidir por desrespeitar a vontade do paciente, o médico é obrigado a, posteriormente, avisar o paciente e seus familiares?



Discussão

Por Max Grinberg

Aflito perante o conflito, reflito. Este comportamento pró-humanização da beira do leito é essencial para o gerenciamento dos casos de anemia grave em paciente Testemunha de Jeová.

Aflito simboliza o envolvimento e o comprometimento do médico com o bem-estar biopsicossocial do paciente Testemunha de Jeová que apresenta anemia; conflito representa o cenário da beira do leito com a presença de paciente Testemunha de Jeová anêmico que deseja o benefício da Medicina adaptado à graça da Religião, ou seja ele não se recusa a se submeter a tratamento desde que isento de sangue; reflito expressa a postura ética do médico que valoriza a integração dos princípios da Beneficência, Não-Maleficência e Autonomia para avaliar o risco-benefício em face aos valores do paciente e conduzir-se frente à anemia – real ou em potencial – de paciente Testemunha de Jeová.

Decisões sobre transfusão de sangue requerem, a cada acaso da beira do leito em paciente Testemunha de Jeová, a interação, em diferentes grandezas, de um quarteto de qualidades inseparáveis no cotidiano da beira do leito: a) a expertise que faz garimpar opções mais aplicáveis; b) a tolerância ao contra-argumento com que o paciente Testemunha de Jeová, de acordo com processos internos da sua opção de vida, rebate a informação útil sob a óptica externa do médico; c) a liberdade de crença na religião Testemunha de Jeová e na Medicina e a liberdade de consciência no cumprimento de imperativos religiosos ou clínicos; d) a segurança quanto aos compromissos com os direitos fundamentais do ser humano.

Nos rumos de ideologia ou religião, caminha-se sob estrita submissão a certos fundamentos e o primeiro passo da possessão é fazer crer. Em conseqüência, articula-se um controle sobre o que está dentro e o que está fora da coerência de idéias e atitudes.

O paciente Testemunha de Jeová está sob a obediência religiosa de não consentir em se expor à transfusão de sangue. Ele crê na Bíblia, submete-se e faz a interpretação segundo um forte componente metafísico: a

proibição de “comer sangue” está relacionada à preservação do sentido da própria vida, o que inclui o valor da vida post-mortem.

A crença é praticada por cerca de 650.000 brasileiros, 35% no estado de São Paulo, segundo dados da Colih (Comissão de Ligação com Hospitais). Verifica-se, pois, que há duas pessoas Testemunha de Jeová, aproximadamente, para um médico no Brasil.

Ressalte-se que como a comunidade Testemunha de Jeová interessa-se pelos aspectos científicos da questão, tem havido uma inegável contribuição da mesma para a análise de paradigmas sobre Testemunha de Jeová, inclusive pelo incentivo a pesquisas no campo da “Medicina sem sangue”; ademais, a recusa à transfusão de sangue, de certa forma, permite “experiências assistenciais” à beira do leito, livremente consentidas pelo paciente, auto-esclarecidas, renováveis e (ir)revogáveis, mas que poderiam ser formalmente desautorizadas por comitês de ética.

A atualidade da Medicina dispõe de recursos tecnocientíficos para que a população em geral confie no processo transfusional, desde o doador até o receptor do sangue. Fator de confiança é a progressiva ampliação das especificações ocorrida ao longo dos anos no campo da segurança de Transfusão de Sangue: identificação do grupo ABO, reconhecimento do fator Rh, desenvolvimento de testes para evitar a transmissão de infecções e organização de Banco de Sangue. Não obstante, elas não são suficientes para a despreocupação com as indeterminações do biológico e com as possibilidades de surgimento de novas ameaças à segurança da transfusão de sangue, que, à semelhança do já verificado para certas infecções por vírus, carregam o potencial de serem reconhecidas em muitas bolsas de sangue transfundidas depois.

Observam-se superposições de desejos antitransfusão de sangue entre paciente Testemunha de Jeová e um número expressivo de pacientes não-Testemunhas de Jeová, cada qual com suas justificativas, que na maioria correspondem ao medo de algum malefício; em decorrência, multiplicam-se reciprocidades interdisciplinares (inclui a Bioética) em prol do aprofundamento dos conhecimentos nas interfaces do Banco de Sangue. O slogan “Sangue é vida” impacta distintamente na população.

O médico, por sua vez, crê no Livro de Medicina, jura por Apolo, Esculápio, Hígia e Panacea e faz a interpretação de “fornecer sangue” segundo um forte componente da razão: a conduta faz sentido para preservar a vida do paciente, que ele limita à verdade do conceito clínico de morte.

O médico, ao contrário do paciente Testemunha de Jeová, tem a prerrogativa da tomada de decisão pluralista em questões de transfusão de sangue, cuida para fazer ajustes de conceitos à dualidade de valores – os morais e os de hemoglobinemia – e sabe que verdades (do método) não significam certezas (de resultado).

Neste choque entre o Divino e Esculápio, acerca da visão de cada protagonista da relação médico–paciente sobre qualidade de vida, poderíamos mentalizar o encontro entre Religião municiada por uma indelével concepção de valor, nem comprovável nem refutável, e Medicina com estratégias planejadas em permanente redesenho pelo lápis e borracha dos fluxos e contrafluxos em meio a acertos e erros. O antagonismo fica evidente: dogma – em seu conceito de uma autoridade superior que restringe a autodeterminação; versus tolerância – a virtude que só vale em questões de opinião e que se propõe a respeitar e aceitar o que poderia ser condenado. O dogma é o escudo do paciente Testemunha de Jeová que não pretende se desvincular da Religião e a tolerância é a diplomacia do médico que valoriza a humanização e a vinculação aos dispostos no Código de Ética Médica.

Como a relação médico–paciente Testemunha de Jeová convive com evidências reveladas de modo distinto e, assim, o crédito da Medicina na transfusão de sangue não vale para a inflexibilidade do paciente Testemunha de Jeová, é ao médico que cabe arbitrar para si próprio, dentro dos preceitos da ética, o quanto ele se permite flexibilidade de conduta.

A tolerância do médico tem afinidade com a ética em Medicina. Ela não representa passividade; na verdade, é um momento transitório de comportamento, sensível ao potencial humano e que se vale da intuição e da percepção.

O médico que se comporta como à disposição do paciente Testemunha de Jeová propõe-se a tolerar opinião contrária às boas práticas clínicas

perante anemia grave. Ao mesmo tempo, ele não pode desconsiderar o disposto no Art. 29 (o campeão das condenações no Cremesp) sobre responsabilidade profissional do Código de Ética Médica: é vedado ao médico praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Sendo variável o juízo de dano a paciente Testemunha de Jeová, a postura complacente do médico, em prol da harmonização da sua crença na Medicina à crença religiosa do paciente, tem chance de vir a se tornar uma grave divergência à beira do leito.

O desenvolvimento se dá quando a não-transfusão de sangue, frente à evolução clínica desfavorável, não puder mais ser tolerada pelo médico como zelo (antinegligência) e quando passa a prevalecer, então, o componente biológico do conceito tripartite de saúde (biopsicossocial), perante o princípio fundamental Art. 2º do nosso Código de Ética Médica: 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. E neste cenário, uma gota de sangue torna-se a gota d'água.

De acordo com a Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo, a cada 2 segundos, algum paciente necessita de transfusão de sangue no Brasil, sendo que cerca de 1 em 5 pacientes internados dela necessitará. Não há por que, obviamente, pensar que paciente Testemunha de Jeová apresente distinção estatística.

Mesmo sabendo, a priori, da recusa do paciente Testemunha de Jeová à transfusão de sangue, é de bom-tom ético – e nada ofensivo – o médico discorrer sobre o que pode representar a anemia não corrigida para a qualidade de vida em curto e médio prazos do paciente Testemunha de Jeová, como faria para obter o consentimento do paciente não-Testemunha de Jeová.

Há novas relações do risco-custo-benefício para transfusão de sangue. Se por um lado, a utilidade e a eficácia da transfusão de sangue consolidada nas grandes guerras do século XX persistem inegáveis para favorecer a capacidade de transporte de oxigênio, a hemostasia perante deficiências de coagulação e a preservação da volemia a ser ejetada pelo

coração, por outro, atualizações do estado da arte propõem a redução do nível de hemoglobina sanguínea para a indicação de transfusão de sangue, sem prejuízo da segurança clínica.

Os motivos clínicos e administrativos que têm proporcionado reajustes na visão de beneficência da transfusão de sangue favorecem a tolerância do médico aos argumentos religiosos dos pacientes Testemunha de Jeová. Diga-se de passagem, eles vêm ao encontro de um repetitivo alerta da comunidade Testemunha de Jeová sobre os excessos da visão de utilidade da transfusão de sangue.

Os limites da tolerância à anemia são ditados pelo risco em desenvolver complicações da má oxigenação e da hipovolemia e o limite máximo da anemia grave sem reposição de hemácias é quando ela se torna risco iminente à vida.

Transfusão de sangue para Testemunha de Jeová aquém dos limites de iminente risco à vida poderia ser considerada uma atitude de imprudência frente às circunstâncias religiosas; não a praticar além dos referidos limites constituiria, ao contrário, negligência, em face à influência altamente prejudicial sobre o prognóstico clínico.

Situações eletivas permitem discussões personalizadas acerca do consentimento à transfusão de sangue, segundo métodos organizados, e as de emergência, que admitem consentimento “presumido”, demandam atitudes que precisam seguir uma rotina institucional ou pessoal; assim, é essencial que haja prévias definições da inegável Beneficência da transfusão de sangue sobre aspectos ligados aos princípios bioéticos da Não-Maleficência e Autonomia.

A Não-Maleficência inclui o respeito aos valores do paciente Testemunha de Jeová, privilegiá-los ao máximo possível na hierarquia do *checklist* de tomada de decisão. O conceito da transfusão de sangue para Testemunha de Jeová, como dano a ser evitado, embora beneficência clínica, interliga-se à concepção de vida eterna.

Desta maneira, o prognóstico da situação clínica da anemia, mais do que o simples diagnóstico, é aspecto relevante na apreciação da Não-Maleficência da terapêutica alógena.

Caso a transfusão de sangue para Testemunha de Jeová robustamente importe para a continuidade da vida do paciente, ela poderá ser compreendida pelo médico como um dano a valores morais do paciente Testemunha de Jeová, mas deverá ser hierarquizada como zelo (antinegligência) aos valores de hemoglobinemia.

Caso a transfusão de sangue para Testemunha de Jeová possa ser entendida pela equipe de saúde como não sendo fator de diferença entre vida e morte, a sua eventual aplicação seria um dano desnecessário, passível de ser apreciada como uma imprudência para o combinatório clínico-religioso.

Haveria respeito ao princípio da Não-Maleficência não praticar transfusão de sangue para Testemunha de Jeová, nem para corrigir desvios laboratoriais sem maior expressão no prognóstico clínico, nem quando mau prognóstico não puder ser por ela revertido. Nesta última condição, a não-transfusão de sangue para Testemunha de Jeová contribuirá para respeitar a visão de continuidade da vida post-mortem, valor maior para o paciente Testemunha de Jeová.

A Autonomia trifurca-se no paciente, no médico e na instituição de saúde. Em função desta concorrência, é desejável que haja protocolo de conduta institucional para atendimento a paciente Testemunha de Jeová; ele, no mínimo, deve incluir: a) a explicitação religiosa no registro da internação, busca ativa, pois há pacientes Testemunha de Jeová que preferem não se revelar; b) uma rotina multiprofissional de abordagem prévia a procedimentos, independente do grau de risco de transfusão de sangue; c) normatização de transfusão de sangue para Testemunha de Jeová segundo as prioridades clínicas de atendimento (eletiva, urgência e emergência).

A autonomia do médico está bem especificada no Código de Ética Médica, princípio fundamental Art. 7º: “O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente”.

Recusar-se a cuidar de um paciente Testemunha de Jeová não é omissão profissional, ressalvada a situação de emergência. Enquanto transfusão de sangue para Testemunha de Jeová for apenas uma eventualidade

em função de um procedimento a ser realizado, não há por que condenar a atitude de renunciar ao atendimento, pois a causa é ter vislumbreado, após conversa franca com o paciente, que o pluralismo clínico pode conflitar ulteriormente com a postura apriorística do paciente Testemunha de Jeová sobre transfusão de sangue e tornar-se-á complexo eximir-se da responsabilidade da condução do caso. O médico, assim procedendo, estaria privilegiando a sua consciência profissional, pois, quando transfusão de sangue para Testemunha de Jeová tornar-se uma realidade, aí sim, não a praticar lhe soaria como negligência profissional.

Ponto de natureza prática é a necessidade de uma integração entre a autonomia da instituição e a do médico funcionário sob contrato. As normas clínicas institucionais podem não ser reais leis, mas têm um peso significativo na análise ética de insatisfações.

Ademais, a visão institucional contribui para o sentido de equipe e para ajuste de tendências contraditórias em face às necessidades de momento, pois o compromisso firmado por um cirurgião deve estar afinado, por exemplo, com o anestesista e com o intensivista. Em outras palavras, não basta ser tolerante, é preciso demonstrar tolerância e cumprir um acordo de intenção de se contornar as adversidades, avalizado pela força da instituição e garantido pela credibilidade moral e representatividade ética do prontuário do paciente.

A aplicação do princípio da autonomia em paciente Testemunha de Jeová tem uma particularidade que merece atenta reflexão. A recusa à transfusão de sangue está atrelada à submissão a um dogma da religião, portanto a uma heteronomia. O seu livre-arbítrio diz respeito muito mais a professar – ou rejeitar – a sua fé (liberdade religiosa) do que a fazer escolha livre, esclarecida, renovável e revogável sobre transfusão de sangue.

Há um evidente conflito de interesses e, devido ao mesmo, o paciente Testemunha de Jeová não pode ponderar sobre eventuais argumentos clínicos favoráveis à transfusão de sangue, para análise de decisões sobre a sua própria anemia.

Um dos símbolos do direito à autonomia é a instituição de uma segunda opinião. O paciente Testemunha de Jeová não pode exercê-la, pois ela,

necessariamente, implica uma indeterminação inicial que termina numa concordância ou discordância em relação à primeira opinião. O paciente Testemunha de Jeová que está insatisfeito com a opinião do médico pró-transfusão de sangue vai atrás de uma opinião predeterminada anti-transfusão de sangue. Não será uma segunda opinião, será uma opinião primária.

Verifica-se, pois, que uma real atitude autônoma do paciente ocorre quando ele, eventualmente, renuncia sua crença sobre os empecilhos da transfusão de sangue para o sentido da vida, premido pela situação clínica; é humano que o compromisso firmado quando se está saudável possa gerar sentimentos ambivalentes e se enfraquecer ante à força do instinto de sobrevivência.

As conexões parecem obedecer às seguintes equações: pessoa + Testemunha de Jeová # transfusão de sangue; pessoa + Testemunha de Jeová = transfusão de sangue. Neste sentido, não caberia: pessoa+transfusão de sangue = Testemunha de Jeová (receber sangue é quebra da consciência sobre os imperativos da crença).

Situação especial é a da criança com pais Testemunha de Jeová. Autoridades do judiciário têm entendido que cabe à equipe de saúde a definição da Beneficência clínica da transfusão de sangue e que ela fala mais alto do que a Não-Maleficência para valores que não foram submetidos ao livre-arbítrio do paciente menor de idade.

A beira do leito do paciente Testemunha de Jeová comporta-se como excelente laboratório sobre atitudes da equipe de saúde. Ela testemunha várias combinações de atitudes de médico e de paciente Testemunha de Jeová /familiar/representantes da religião. Neste aspecto, há três condutas não recomendáveis: transfusão de sangue clandestina, mentir sobre a natureza do sangue administrado e desrespeitar o compromisso.

Para a tomada de decisões frente a paciente Testemunha de Jeová, sob o ponto de vista bioético, vale o checklist:

- ✓ A prioridade clínica é eletiva, urgência ou emergência?
- ✓ Há normatização institucional?
- ✓ Houve diálogo franco pré-liberação para o procedimento?
- ✓ Médico e paciente sentiram-se esclarecidos e chegaram a um acordo?

- ✓ Ficou claro o compromisso do médico, extensivo à equipe, em respeitar os valores do paciente até que haja a caracterização de iminente risco à vida?
- ✓ O paciente Testemunha de Jeová em questão é de alto risco para transfusão de sangue?
- ✓ Métodos para prevenir o grau de anemia indicativo de transfusão de sangue são aplicáveis para as circunstâncias?
- ✓ Métodos para permitir a convivência com a redução crítica dos níveis de hemoglobina são viáveis na situação clínica?
- ✓ A transfusão de sangue foi devidamente analisada com respeito ao prognóstico clínico?
- ✓ Atitudes previstas e/ou condutas realizadas foram registradas no prontuário do paciente Testemunha de Jeová?

Bibliografia

Bíblia sagrada: Gênesis, Cap. 9:3-4; Levítico, Cap. 17:10

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940

Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [on-line]. [Acessado em: 16 abril 2008]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm

Chua R, Tham KF. Will “no blood” kill Jehovah witnesses? Singapore Med J 2006; 47:994-1001

- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 19.123/94. Dispõe sobre Testemunha de Jeová. Aprovado em: Aprovada na 1.626ª RP em 08 de novembro de 1994. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=4027
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 27.278/96. Dispõe sobre Transfusão de sangue em Testemunha de Jeová. Aprovada na 2.020ª RP em 7 de outubro de 1997. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=4028
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 41.191/99. Dispõe sobre a Revisão da Consulta 29.299/96 sobre a legalidade da transfusão de hemoderivados em pacientes Testemunhas de Jeová. Homologado na 2.386ª reunião plenária, realizada em 1 de fevereiro de 2000. [online]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=4025
- Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, orgs. Iniciação à bioética. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 1998.
- Dirksen HH. The right of self-determination-why not valid for Jehovah's Witnesses? Thorac Cardiovas Surg 2004; 52:252-3.
- Goldim JR. artigo Transfusão de sangue em testemunhas de jeová. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/transfus.htm>
- Grinberg M. Tolerância, testemunhas de jeová e bioética. Diagnóstico e Tratamento. São Paulo, SP 2005 out/dez ; 10(4):218-9.
- Kipper DJ. Até onde os pais têm o direito de decidir por seus filhos? [on-line]. [Acessado em: 16 abril 2008]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=254392&indexSearch=ID>
- Kopelman BI. Princípios Éticos em Neonatologia. [on-line]. [Acessado em: 16 abril 2008]. Disponível em: <http://www.brazilpednews.org.br/dec2000/bnp0025.htm>
- Loriau J, Manoiul C, Montpellier D, Graser M, Jarde O. Surgery and transfusion in Jehovah's witness patient. Medical legal review. Ann Chir 2004; 129:263-8.

CASO 15

Criança com Malformações



Resumo do caso

Criança com múltiplas malformações faciais e no sistema nervoso central é transferida de hospital para seguimento de pneumonia em UTI. Em instituição de origem havia sido submetida à derivação ventrículo-peritoneal e correção de meningomielocele. Com a pneumonia controlada, a opção foi por tratamento domiciliar.



Exposição dos detalhes

Recém-nascido com dez dias de vida é internado devido a quadro pneumônico com secreção. Além de derivação ventrículo-peritoneal e correção de meningomielocele são verificadas múltiplas malformações craniofaciais (lábio leporino, acompanhado por fenda palatina e ausência de globo ocular do lado esquerdo, substituído por uma formação cilíndrica pediculada de cerca de 2 cm, entre outras).

No ato da internação os médicos constatam, por meio de tomografia que acompanhava a criança, que não se tratava de hidrocefalia como acreditavam e, sim, de hidranencefalia, com presença somente de cerebelo e de tronco cerebral – portanto, quadro muito mais grave e de prognóstico fechado.

Com o objetivo de tratar da pneumonia prescrevem antibióticos, que resultam em melhora do quadro e alta após trinta dias.

Na ocasião da alta a mãe – que fez pré-natal e afirmou que desconhecia a possibilidade de malformações no feto – foi orientada sobre

como lidar em casa com a sonda nasoestral, necessária para a nutrição. No momento da liberação, ela e o marido recebem todas as informações sobre a gravidade do prognóstico.

A criança é reinternada com pneumonia por duas vezes, vindo a falecer aos quatro meses de idade.

Eixo Central

Limitação de Tratamento

Pergunta-base: Por que os médicos parecem, às vezes, querer ultrapassar os limites de tratamento que a ética, a técnica e o bom senso recomendariam?



Argumentos

■ Em diversos setores da Igreja, entende-se que há limites para a “manutenção” da vida, sendo que o próprio papa João Paulo II se manifestou neste sentido, da mesma forma que o fez o – normalmente conservador – cardeal Javier Lozano Barragán, presidente do Conselho Pontifício para a Pastoral da Saúde do Vaticano, que afirmou considerar “desnecessário prolongar o sofrimento, de maneira dolorosa e inútil, sem que haja resposta ao tratamento”.

■ A Constituição Brasileira, Art. 1º Parágrafo 3, destaca o Princípio da Dignidade Humana, isto é, um dos fundamentos da República Federativa do Brasil baseia-se na defesa da dignidade da pessoa humana. Não ultrapassar os “limites” éticos, técnicos e morais concordaria com essa diretriz.

■ O próprio Código de Ética Médica é bastante claro em seu Art. 6º, que diz: “O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade”.

■ O Art. 42 proíbe praticar ou indicar atos desnecessários ou proibidos pela legislação do país; e o Art. 57 veda deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnósticos e tratamento a seu alcance em favor do paciente.



Eixos Secundários

- Tratamento inútil (distanásia)
- Paciente terminal pediátrico
- Comunicação de más notícias
- Aborto ou tentativa de aborto
- Alta a pacientes gravíssimos
- Autonomia da família e do médico
- Responsabilidades do cuidador



Situações que poderão ser levantadas

- ◆ Em caso de crianças maiores, deve-se explicar honestamente a sua condição?
 - ◆ Até que ponto os pais podem exigir tratamentos considerados pelos médicos como fúteis? Esse pedidos podem variar, se o paciente for particular, conveniado ou atendido pelo sistema público de saúde?



Discussão

Por Lisbeth Ferrari Duch

O presente caso trata de recém-nascido com múltiplas malformações incompatíveis com o desenvolvimento. A questão principal levantada é limitação de tratamento. Não podemos, entretanto, discutir os limites para tratamento de um indivíduo, sem tecermos alguns comentários sobre *distanásia* (“morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento”, segundo o dicionário Aurélio).

O prefixo “*dys*”, do grego, significa “ato defeituoso”, que pode ser por nós provocado, na ânsia de utilizar meios terapêuticos que podemos considerar heróicos, porém, sabendo, de antemão, que não estamos utilizando com fins curativos, nem mesmo com o intuito de dar dignidade ao final de vida do nosso paciente.

O Art. 5º do Código de Ética Médica diz: “O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente”. O Art. 57 estabelece ser “vedado ao médico deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente”. Em ambos os enunciados, está claro que o benefício do paciente vem em primeiro lugar. Portanto, devemos, sim, utilizar meios terapêuticos avançados, desde que o princípio da Beneficência seja observado.

A dignidade do nosso paciente e de seus familiares deve ser sempre fator norteador da indicação e utilização de qualquer meio terapêutico. Pode-se utilizar moderna tecnologia para prolongar penosa e inutilmente o processo de morrer; desta forma, não se está prolongando a vida (em seu sentido pleno), porém, prorrogando a morte.

No caso em questão, podem-se identificar dois momentos bastante diferentes: o primeiro, logo após o parto, quando a mãe afirmou desconhecer a existência de malformações. O segundo, quando a criança foi internada com processo infeccioso pulmonar.

No primeiro momento havia a se considerar dois pontos principais: familiares desconhecem a existência de malformações; qualquer terapêutica para manter aquela vida dependia de atuação imediata.

No segundo momento já havia o conhecimento dos pais em relação ao problema, o que, por si só, já caracterizava uma situação completamente diversa da anterior, pois o esclarecimento favorece o diálogo e, conseqüentemente, a tomada de decisões em conjunto, com plena compreensão e aceitação do paciente e, no caso, de seus pais.

Portanto, a tomada de decisão é muito difícil, ficando evidente a inexistência de regras fixas. Como exemplo temos o momento, logo após o nascimento, quando os pais ignoravam as malformações do filho. Seria essa a ocasião ideal para se discutir limite de tratamento? Estaria, desta forma, sendo observado o princípio da Beneficência?

Sempre devem ser considerados os valores da família, porém o médico deve fornecer os instrumentos necessários para que as ações não se tornem obstinações terapêuticas. Tal conduta deve ser salvaguardada, tanto em hospital público como privado, ou quando o paciente tem cobertura de convênio.

Quando a melhor conduta avaliada refere-se à interrupção de tratamento é sempre benéfico obter a concordância da família. Se houver divergências, é importante que o médico tente exaustivamente um acordo.

Existe, portanto, a necessidade de adequação entre a utilização da tecnologia e o bem-estar do indivíduo e da comunidade, tendo em vista o compromisso com a dignidade da vida humana. Assim, é claro que a tomada de decisão ou conduta é peculiar a cada situação e à forma como esta se apresenta.

Concluindo: temos a evolução tecnológica nos trazendo, de um lado, possibilidades maravilhosas de terapias, que muitas vezes contribuem para a cura e/ou melhora da qualidade de vida de nossos pacientes e, de outro, o prolongamento de uma existência de sofrimento e dor, sem perspectiva de melhora e sem que haja preocupação prioritária com a dignidade do ser humano nos momentos finais de vida.

Podemos ser curados de uma doença classificada como mortal, mas não de nossa mortalidade. (*Leo Pessini, em "A Ética na Saúde"*)

Bibliografia

- Angerami-Camon VA. A ética na saúde. São Paulo, SP: Pioneira; 1997. 182p
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/22/Consti.htm>
- Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, orgs. Iniciação à bioética. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 1998
- Oselka G, Oliveira RA de, coords. Doente terminal. Destino de pré-embriões. Clonagem. São Paulo, SP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2005. (Cadernos de Bioética)
- Paulo II J. Encíclica Evangelium Vitae: Art. 65; 1995. [on-line]. [Acessado em: 15 abril]. Disponível em: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae_po.html
- Vaticano contra encarniçamento terapêutico. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.agencia.ecclesia.pt/noticia_all.asp?noticiaid=40252&seccaoid=4&tipoid=212
-

CASO 16

Gestante Diabética



Resumo do caso

Gestante diabética de 24 anos de idade, na vigésima semana de gravidez, procura serviço onde é diagnosticado que sua doença está descompensada. Informada quanto ao tratamento necessário e os riscos para a criança se a glicemia não for adequadamente controlada, recusa o tratamento. Médico enfrenta o seguinte dilema: tratar compulsoriamente ou respeitar a vontade da paciente?



Exposição dos detalhes

Até o dia em que procurou determinado serviço para pré-natal, na vigésima semana de gravidez, paciente diabética não imaginava que sua doença estava descompensada.

Indicada ao grupo para gestação de risco, é orientada por assistente social e, depois, pelo ginecologista e obstetra, a realizar o acompanhamento da doença naquela mesma instituição, disponibilizado em departamento específico. No momento da consulta, o médico explica detalhadamente as implicações de diabetes descompensada durante a gestação, seus sintomas e conseqüências para a própria saúde da mulher, bem como o porquê de o controle da glicemia ser imprescindível.

Informa, ainda, quais são os eventuais problemas a que estão arriscados os fetos de diabéticas nesta fase de gravidez (a partir da segunda metade), que incluem crescimento fetal excessivo (bebês macrossômicos)

e atraso no amadurecimento de vários órgãos como pulmões e fígado, culminando em risco de morte.

No entanto, para surpresa do médico e dos demais membros da equipe presentes, a paciente – que declara ter entendido perfeitamente as explicações – recusa terminantemente tratamento, alegando que é adepta de tratamentos “naturalistas”.

Ainda que tente envolver as pessoas mais próximas da mulher nas tentativas de convencê-la ao tratamento (sua mãe e avó, com quem mora) o médico não obtém sucesso.

Eixo Central

Limites de autonomia

Pergunta-base: Até que ponto deve-se respeitar uma decisão autônoma que interfira no bem-estar de um terceiro?



Argumentos

■ Segundo Muñoz e Fortes, autores do capítulo O Princípio de Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido, no livro *Iniciação à Bioética*, Autonomia significa autodeterminação da pessoa de tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais. Refere-se à capacidade de o ser humano decidir o que é “bom”, ou o que é seu “bem-estar”.

■ Isto é, pessoa autônoma, dizem os autores, é aquela que tem liberdade de pensamento, é livre de coações internas ou externas para escolher entre as alternativas que lhe são apresentadas.

■ No entanto, Muñoz e Fortes lembram: a autonomia não deve ser convertida em direito absoluto; seus limites devem ser dados pelo respeito à dignidade e à liberdade dos outros e da coletividade. A decisão ou ação autônoma, que possa causar dano à outra (s) pessoa (s) ou à saúde pública, poderá não ser validada eticamente.

■ Ensina França que quando o profissional estiver diante de um caso de recusa de condutas terapêuticas ou práticas diagnósticas, o ideal será

um acordo eticamente defensável entre ele, o paciente e/ou a família até se chegar a uma solução em que o assistido seja favorecido. Em tais ocorrências, o médico deve esgotar todos os meios para conquistar a adesão deles, só podendo intervir quando a lei e o seu código permitirem.

■ Há vários artigos do Código de Ética Médica que poderiam ser aplicados a esta situação. Incluem-se desde o Art. 2º dos Princípios Fundamentais: “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; Art. 46, é “vedado ao médico efetuar qualquer procedimento sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida”; e Art. 56 proíbe o médico de “desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida”.

■ Um dos entendimentos jurídicos a situações deste gênero pode ser o de que estando a mulher completamente lúcida (leia-se, foi constatado que não é doente mental ou se encontra em fase depressiva, por exemplo), ela tem livre-arbítrio para decidir: o ser em seu ventre ainda não pode ser considerado como indivíduo com direitos. Resumindo: cabe à mãe decidir se assume o risco.



Eixos Secundários

- Tratamento compulsório em gestantes
- Tratamento compulsório em risco iminente à vida
- Direitos dos embriões e fetos
- Autonomia do médico em recusar pacientes
- Dificuldades de comunicação entre médico e paciente



Situações que poderão ser levantadas

- ◆ E o pai da criança? Se este fosse presente no processo, poderia interferir nos rumos da decisão tomada pelo médico?
- ◆ O paciente psiquiátrico é o único que pode ser submetido aos chamados “tratamentos compulsórios?”



Discussão

Por Sérgio Gomes de Souza

Gestante diabética, na vigésima semana de gestação, se recusa a realizar o tratamento – mesmo sendo informada de que a descompensação é extremamente grave à sua condição. Trata-se de situação em que dilemas éticos e bioéticos são criados “automaticamente”.

Primeiro ponto, não existe dúvida da gravidade que diabetes descompensada atinge durante a gravidez, causando desde macrosomia fetal até alterações metabólicas acentuadas na criança, podendo levar ao óbito intra-útero: gestantes com hiperglicemia têm maior risco de abortos espontâneos ou fetos com malformações no coração, cérebro, coluna e nos membros inferiores.

Muitos bebês de diabéticas sem o acompanhamento necessário apresentam problemas respiratórios e precisam de oxigênio devido à imaturidade dos pulmões. Outros têm icterícia. Sabe-se ainda que o excesso de glicose na segunda metade da gravidez provoca o acúmulo de líquido amniótico, crescimento fetal excessivo e atraso no amadurecimento de vários órgãos.

Além de tudo isso, o descontrole da doença chega a causar comprometimento materno tardio, especialmente lesões renais.

Apesar dos riscos indiscutíveis, a recusa materna ao tratamento pode acontecer por razões diversas, apoiadas em simples visão naturalista ou até em sentimento de indiferença pela gestação. Se esta mulher decidir levar adiante a gravidez, parece-nos que não ocorreu indiferença: portanto, ela deveria esforçar-se para que a saúde do filho resultasse na melhor possível – aliás, como quase todas as mães desejariam.

Devemos deixar bem claro que não é nossa intenção discutir a **validade** de um aborto ou suas conseqüências médicas e legais. Para não desfocar a já tão complexa discussão relativa à autonomia da gestante em detrimento do bem-estar do feto, não consideraremos aqui a relação médico-paciente (mesmo porque estamos falando de primeira consulta do pré-natal, em adiantada vigésima semana de gestação, ou seja, não houve tempo hábil para que tal relação fosse estabelecida) ou o papel do pai da criança no contexto exposto.

De qualquer forma, a recusa de tratamento cria complicada situação ao médico, do tipo: *Devo respeitar a opção da mãe? Como me resguardar de possíveis intercorrências futuras, advindas da falta de cuidado, já que a mãe, posteriormente, poderá alegar que, como leiga, desconhecia os riscos a que seu filho estava exposto?*

A primeira resposta a estas questões baseia-se em simples bom-senso: o médico deve, sim, respeitar credos e crenças. Por outro lado, não pode e nem deve se expor a riscos (abrindo mão da sua formação científica), muito menos, expor crianças colocadas aos seus cuidados.

Concordamos que, sempre que possível, deve-se aplicar o princípio bioético da Autonomia, ou seja, o respeito ao direito que a pessoa tem de decidir sobre si, ou, como no caso em tela, de rejeitar tratamentos. Termo derivado do grego *autos* (próprio, eu) e *nomos* (regra, domínio, governo, lei), a Autonomia é princípio básico da Bioética – um dos pilares fundamentais da relação médico–paciente e esteio da perfeita assistência médica.

Em um sentido mais amplo, a Autonomia tem sido usada para referir diversas noções, incluindo autogoverno, liberdade do direito, escolha individual, agir segundo a própria pessoa (Segre e Cohen).

Ainda que se pese seu relevante valor para preservação dos direitos humanos, o princípio de Autonomia não pode ser interpretado de forma absoluta, quando se trata de recém-nascidos ou durante a gestação; de crianças ou outras pessoas sem capacidade de discernimento e de capacidade para consentimento esclarecido.

Explicando: de acordo com o princípio da Autonomia, a paciente poderia decidir livremente sobre seu tratamento e/ou mudança de terapia, desde que adequadamente informada pelo médico assistente. Isso não é, contudo, extensivo ao seu futuro filho, que ainda não conta com a própria autonomia.

Não podemos nos esquecer de questionar a capacidade de decisão da gestante (envolvimentos familiares, crenças religiosas, capacidade mental, convicções pessoais etc) , para que seja considerada válida sua decisão diante das explicações realizadas. Quanto ao âmbito ético, pode ser necessária análise por parte da Comissão de Ética Médica e/ou Comissão de Bioética do hospital.

Na situação em que um médico, devidamente habilitado e autorizado pelo paciente ou seus responsáveis legais expressamente aceitar os riscos da omissão de práticas cientificamente reconhecidas como benéficas ao paciente, este deverá assumir total responsabilidade legal e ética por eventuais danos ao atendido. Aqui, é esperado que documente cuidadosamente a situação e obtenha do paciente a concordância, por meio de termo de consentimento informado.

Ainda assim, o serviço pode deixar de realizar os atos decididos por aquele profissional, se estes não estiverem de acordo com consensos e literatura médica. Neste caso, para prevenir futuros dissabores, o responsável por tal serviço precisa se dirigir à autoridade competente (juizado ou Promotoria da Infância e da Adolescência), detalhar o que está ocorrendo; os riscos envolvidos nos procedimentos; objetivos dos mesmos; e o porquê de não realizá-los.

Obviamente, a Autonomia não é prerrogativa do paciente: cumpre-nos destacar que importa também a autonomia do médico, na relação biunívoca em que ambos são os atores.

Isso quer dizer que, no âmbito ético, o profissional poderá se valer de sua própria autonomia, no sentido de aceitar ou não permanecer na condução do atendimento – desde que não esteja inserido no contexto de urgência e emergência.

Alguns autores definem que a autonomia da gestante supera a do feto, pois este não é capaz de sobreviver de maneira independente à mãe. Foi citado que “o direito inalienável à vida é verdadeiro se não houver uma dependência, isto é, for autônoma”.

No caso em questão, o ato de a paciente se negar a tratar diabetes pode ser interpretado como exercício de sua “Autonomia”. Sim, a mulher pode ter uma opinião quanto à conduta a ser adotada e suas conseqüências... desde que estas envolvam apenas a si mesma. No entanto, esbarrará em outros princípios bioéticos como da Beneficência e Não-Maleficência, a partir do momento em que existir o risco de comprometimento à saúde de seu filho.

Considerandos, enfim, que a criança não pode ser lesada pelo pensamento “individual” e/ou “naturalista” de sua mãe.

Pode-se recorrer, ainda, ao Poder Judiciário. A situação discutida é comparável àquela de família de Testemunha de Jeová que nega uma transfusão de sangue necessária ao seu filho menor: o juiz de direito pode, temporariamente, retirar a decisão das mãos dos pais, fornecendo autorização legal para que o procedimento seja realizado.

Apesar do paralelo, consideramos que nossa situação é ainda mais complexa, já que é a própria pessoa (a mãe) a se recusar a passar por certa terapia. Caso se opte pelo tratamento compulsório, o mesmo deverá acontecer em condições terríveis, como é possível supor, já que é, no mínimo, traumatizante, obrigar alguém a se submeter a algo indesejado.

Em nossa opinião, devemos sempre incentivar o diálogo, no sentido de chegarmos a um consenso. Uma medida prática talvez seja envolver o marido ou companheiro da grávida na discussão.

Podemos afirmar que estamos diante do conflito entre os princípios bioéticos da Autonomia contra os princípios bioéticos da Beneficência, Não-Maleficência e Justiça: se a mãe tomou a decisão de permitir que a gestação evoluísse é porque, de certa forma, valoriza o feto. Portanto, deveria dar as melhores condições para que a criança evoluísse de maneira normal e saudável.

A doença e a gravidade das complicações maternas e fetais são indiscutíveis, e devem ser explicadas detalhadamente à mãe da criança. Se decidir abandonar o tratamento prescrito e partir para outro “natural”, o problema passará ao âmbito do Direito: perante aos possíveis danos à criança, o médico deverá demonstrar que a gestante contava com conhecimento prévio de sua real condição, e que estava apta a tomar decisões, incluindo no âmbito da saúde mental.

Cabe ao médico munir o Poder Judiciário (juiz de direito) das nuances técnicas sobre os prováveis comprometimentos maternos/fetais da descompensação diabética, permitindo que o magistrado chegue a uma decisão legal final – algo semelhante à conduta adotada em transfusão de sangue compulsória em crianças Testemunhas de Jeová.

Podemos ressaltar que se esta paciente não estivesse grávida o problema seria outro, pois se constituiria em caso em que a decisão só

interferiria a ela, sendo a única responsável pelos riscos. Uma comparação poderia ser feita com uma pessoa que se encontra em greve de fome: seria inadequado ministrarlhe alimentação parenteral indesejada.

Havendo, porém, gravidez, as condições mudam e devemos considerar a existência de um feto, uma futura criança em potencial.

Existe outro dilema: se a gestante, por alguma razão individual, não acreditasse nas condutas preconizadas no acompanhamento pré-natal, ou não as aceitasse, por que, então, o procuraria, ainda que tardiamente? É difícil crer que, no fundo, alguma mulher não queira se submeter a um pré-natal, se comparece a um consultório obstétrico para tais cuidados.

É, no mínimo, incoerente.

Perante a posição intransigente de a gestante em não aceitar tratamento, vale ainda o médico analisar variantes sob os pontos de vista psiquiátrico e sócio-econômicos, entre outros.

Quando citamos em Bioética o direito à Autonomia (Liberdade), estamos fazendo um contraponto natural ao paternalismo médico. Mas tal autonomia não deve ser compreendida como o “fazer o que se quer” e sim “ter e compreender as alternativas viáveis, reconhecendo as diferenças de cada uma”.

Facilitar o exercício da autonomia não significa ter uma “visão absolutista” do indivíduo, perante a comunidade. Precisamos ter uma visão individual (Parte) diante da Sociedade (Todo), em que os valores devem ser estudados e justificados.

É necessário, contudo, que este indivíduo seja esclarecido sobre cada uma das possibilidades e as suas conseqüências, para que se sinta capacitado a tomar sua decisão.

No desenrolar da discussão deste caso, nos sentimos obrigados a recorrer aos princípios da Beneficência ou da Não-maleficência (Fraternidade), para acionarmos o da Justiça (Igualdade). Entendemos que a mãe e o feto, nesta situação, devem ser considerados como “iguais”: a conduta deve, então, ser considerada com base em igualdade de condições.

Não aceitamos o argumento de que, em casos como este, o bem-estar de uma futura criança só pode ser valorizado a partir de seu nascimento,

pelo simples fato de que está dentro do útero da mãe. Portanto, não possui escolha, estando submetida única e exclusivamente à decisão materna. Resumindo: é preciso pensar na saúde de uma criança que, de qualquer forma, vai nascer, como escolha da própria mãe.

Outros valores, como o religioso, poderiam nortear a discussão, mas preferimos focalizar o direito de ambos, mãe e filho, a terem uma vida igualmente saudável.

Como o já mencionado, esgotadas todas as tentativas de convencer a mãe ao tratamento, apelaríamos à lei, por meio do Ministério Público e juiz de direito: o médico não conseguirá forçar a gestante a um tratamento indesejado, mas o juiz de direito poderá determinar que esta internação seja feita para a realização do tratamento necessário e o seu acompanhamento, até o final da gestação. Não gostaríamos que a situação chegasse a este desfecho, mas se houver necessidade, cabe ao médico tentar solucionar o problema.

Entendemos, definitivamente, que a Autonomia na relação médico-paciente deva ser exercida amplamente, por ambos os pólos. No entanto, sempre cotejada com os outros princípios básicos da Bioética: Beneficência, Não-maleficência e Justiça.

Apenas para ilustrar este caso, vale citar a decisão de um juiz inglês sobre dilema semelhante. Durante apelação em última instância, o magistrado ressaltou que, na sociedade contemporânea, é direito dos pais decidirem pelas crianças... Mas que os pais devem perceber que tal direito deriva de um dever, em relação ao bem-estar dos filhos.

Bibliografia

Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, orgs. Iniciação à bioética. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 1998

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940

Cohen C, Marcolino JAM. Relação médico-paciente. In: Segre M, Cohen C, orgs. Bioética. São Paulo, SP: EDUSP; 1995.

- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 64.295/2002. Dispõe sobre Pacientes naturalistas que recusam cuidados de rotina em recém-nascidos. Homologado na 2.828ª RP. Realizada em 20 de agosto de 2002. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=5610
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 58.581/1999. Dispõe sobre Paciente e filha com AIDS optarem por tratamento natural. Homologado na 2.594ª RP, realizada em 17 de abril de 2001. [online]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=4997
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 51.380/2000. Dispõe sobre Paciente recusa medicação. [on-line]. [Acessado em: 15 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=5160
- Engelhardt HT. Fundamentos de bioética. São Paulo, SP: Loyola; 1998. p.17.
- Goldim JR. Princípio da beneficência. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/benefic.htm>
- Rosas CF, coord. Ética em ginecologista e obstetrícia. 3ª ed. São Paulo, SP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2004. [on-line]. [Acessado em 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/etica_ginecologia_3.pdf
- Carta de Princípios Éticos sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos Dirigida à Prática de Ginecologistas e Obstetras. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia /FEBRASGO. [on-line]. [Acessado em: 15 abril 2008]. Disponível em: http://www.terapiadossexo.com.br/html/Docs/carta_principioseticos.htm
- Damásio E de J, org. Código penal. 7 ed. São Paulo, SP: Saraiva; 1997. Arts: 154, 269.
- Damásio E de J, org. Código processo penal. 14 ed. São Paulo, SP: Saraiva; 1998. Art. 207.
- França GV. Tratamento Arbitrário. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/Regional/crmpb/artigos/trat_arbt.htm
-

CASO 17

Índia



Resumo do caso

Índia grávida de gemelares é encaminhada a pré-natal em clínica particular, para evitar que cometa infanticídio contra um deles, como determina sua cultura. Programa de proteção às tribos da região sugere que médico esconda da mãe uma das crianças.



Exposição dos detalhes

Médico que atua no extremo norte do Brasil é envolvido na seguinte situação: programa local de proteção às tribos encaminha grávida de gemelares à clínica privada onde trabalha (responsável pelos atendimentos de urgência aos índios e a funcionários de empresa), solicitando que oculte da mãe um dos bebês, além da intenção de criá-lo longe da família.

Motivo: de acordo com a cultura local, o infanticídio – por asfixia, afogamento ou traumatismo craniano direto – é “a solução” para exterminar o gêmeo considerado “do mal”, sendo reservado o direito à sobrevivência ao irmão tido como o do “bem”*.

A sugestão de esconder a criança traz ao profissional grande dilema ético, reforçado por história pregressa: seis anos antes, internara gêmeos prematuros, sendo que o menor corria risco de morte. Uma semana depois

*A eliminação de crianças também ocorre em outras circunstâncias, tais como malformação congênita; síndrome de Down e quando nasce filho de pai que não é o marido da mãe.

do nascimento, ao saber que estava fora de perigo, mãe tentou eliminá-lo no berçário: a enfermagem encontrou o bebê “parado”, com sangramento generalizado pelo ânus, olhos, boca e equimoses em todo o corpo.

Assustado, o médico solicitou que a mulher fosse afastada da clínica, omitindo o fato de que filho sobrevivera depois de cuidados intensivos. Concordou com os responsáveis brancos pela reserva indígena que o “melhor” seria contratar funcionário para criar o bebê longe da tribo, sem que a família tomasse conhecimento.

O que ninguém esperava: a informação “vazou” e assim que soube da existência de outro filho, a índia matou o que estava em seu poder.

“Hoje”, explica o colega, “a criança sobrevivente tem cinco anos e mora com a avó materna. Não apresenta seqüelas físicas, mas é rejeitada por tudo e por todos. O que ganha é tomado pelas demais e se alimenta de restos”.

Em resumo, pergunta: o que fazer agora, já que a outra paciente pode entrar em trabalho de parto a qualquer momento? Ocultar o nascimento de duas crianças, mostrando só uma delas, como propõe o programa indigenista? Que critérios usar para a escolha? É justo arriscar a vida do bebê que mora com a mãe, se esta vir a descobrir que o outro sobrevivera? Ou o ideal seria mostrar os dois bebês, mesmo sabendo que um deles vai morrer na primeira oportunidade?

Cabe lembrar: a sugestão de ocultar o nascimento de uma das crianças partiu de programa indigenista, fruto de parceria entre empresa e a própria Fundação Nacional do Índio (Funai), órgão governamental, que responde ao Ministério da Justiça.

Por si só, o ato de atender a um pedido do Programa respaldaria o médico quanto a uma eventual infração ética?

Eixo Central

Responsabilidade profissional e intervenção cultural

Pergunta-base: É adequado aos médicos adaptar condutas a circunstâncias, com base em sua própria orientação cultural, ainda que contra a vontade do paciente?



Argumentos

■ O Código Penal brasileiro considera os “silvícolas inadaptados” – como são os referidos neste caso –, como “inimputáveis”: de acordo com o Art. 26, estão isentos de punição por serem “incapazes de entender o caráter ilícito de seus atos”. No entanto, “índio aculturado” é imputável.

■ Em geral, no discurso oficial, diz-se que “índios aculturados”, “integrados” ou “acabocladados” são aqueles capazes de falar o português e realizar práticas e trabalhos comumente adotados pelo “homem branco”, bem como assimilar seus hábitos. Segundo o dicionário Houaiss, entende-se por “aculturação” o processo de modificação cultural de indivíduo, grupo ou povo que se adapta a outra cultura ou dela retira traços significativos, ou mesmo, corresponde a uma fusão de culturas decorrente de contato continuado.

■ Se fosse traçado paralelo com a cultura dos “brancos”, a índia que matou seu filho estaria ferindo o Art. 121, por infringir o objeto jurídico de defesa ao direito à vida (reclusão de seis a 20 anos). Em tese, tal artigo forneceria ao médico algum “argumento” para contrariar a cultura de infanticídio defendida pela tribo.

■ De acordo com o código moral de praticamente todas as religiões (especialmente as judaico-cristãs), matar é errado.

■ De acordo com o Art. 6º do Código de Ética Médica (Princípios Fundamentais), “o médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra a sua dignidade e integridade”. (Apesar de o raciocínio se direcionar ao bebê mais vulnerável, cabe aqui perguntar: *se a índia fosse obrigada a ficar com o gêmeo “do mal”, os brancos não estariam lhe impingindo sofrimento?*)



Eixos Secundários

- Dever legal
- Respeito aos Direitos do Paciente
- Confidencialidade/sigilo
- Autonomia do paciente

- Autonomia do médico
- Limites profissionais
- Assimetria de poder
- Prontuário
- Recusa de atendimento



Situação que poderá ser levantada

◆ Suponhamos que o médico decidisse interferir na cultura indígena, em benefício da (s) criança (s). Seria o mesmo raciocínio a ser formulado em relação a eventual intervenção em filhos de Testemunhas de Jeová?



Discussão

Por Reinaldo Ayer de Oliveira

Devemos esclarecer previamente que o roteiro a ser seguido nos coloca como o médico envolvido no caso.

Inicialmente, o dilema ético que nos mobiliza diz respeito à possibilidade de a índia grávida, de gêmeos, cometer o que estamos designando, em nossa cultura “branca”, de crime de infanticídio. Diante de sua “cultura indígena”, a índia considera a eliminação de um dos gêmeos como a “solução” para exterminar o considerado “do mal”, sendo reservado o direito à sobrevivência ao irmão tido como o “do bem”.

Uma solução de futuro imprevisível seria informar a mãe da existência de gêmeos e deixar a seu critério a decisão quanto ao que fazer após o desfecho do parto.

De informações locais levantamos que fato semelhante ocorreu no passado e a opção foi ocultar uma das crianças da mãe. Assim que soube circunstancialmente sobre a sua sobrevivência, a mulher matou o filho que estava com ela, presumindo que este, então, seria “o do mal”. Assim, a tradição indígena foi preservada. Em tempo: o outro, recebido pela tribo já crescido, hoje é considerado “pária”, tudo o que ganha é tomado por outras crianças e se alimenta de restos.

O conflito apresentado poderia ser resolvido “informalmente”, já que, em ambos os casos citados, houve a sugestão informal, por parte de membros da Fundação Nacional do Índio (Funai, subordinada ao Ministério da Justiça), de não informar – e que, ao final do parto, uma das crianças fosse isolada, enviando-a para outro lugar.

A alternativa também recebeu apoio de representantes de programa de proteção às tribos da região (oferecido por uma empresa local, com a aprovação das instituições governamentais).

Tal posição estaria respaldada no Código Penal Brasileiro, que classifica como “inimputáveis” os “silvícolas inadaptados” (como são os referidos neste caso): de acordo com o Art. 26, ficam isentos de punição, por serem “incapazes de entender o caráter ilícito de seus atos”. No entanto, “índio aculturado” é imputável.

A Constituição de 1988 deu à União competência privativa para legislar sobre populações indígenas (22, XIV); estabeleceu a competência da Justiça Federal para processar e julgar a disputa sobre direitos indígenas (109, XI) e reconheceu a organização social, os costumes, línguas, crenças e tradições indígenas (231, caput).

No entanto, não se conhece nenhuma decisão judiciária sobre o infanticídio praticado por alguns grupos indígenas em nascimentos gemelares ou crianças com deficiência.

“Pode-se argumentar que, numa sociedade plural, todos os grupos humanos são plenamente capazes. Suas decisões não devem ser respeitadas e eventualmente julgadas, desde que estejam previamente informados de todas as suas consequências. Esconder o nascimento de uma das crianças é tratar de forma paternalista o problema, o que contraria o nosso ordenamento jurídico”, opina Débora Macedo Duprat de Brito Pereira, procuradora regional da República do Distrito Federal, especialista em comunicação pessoal.

Por outro lado, o Código de Ética Médica, em seu Art. 6º, sustenta a possível conduta do médico em esconder, pois assim está expresso: “o médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra a sua dignidade e integridade”.

Quanto à criança, a conduta é sustentada justamente pelo valor de preservação à vida em sua integridade e dignidade. Porém, em relação à mãe, a conduta adotada de preservar a criança, ocultando sua existência e isolando-a, para que viva em outro lugar, apresenta repercussões de difícil avaliação.

Então, a pergunta não cala: e o direito da mãe de decidir?

Se elegermos como prioritária a cultura daquela aldeia específica (que possui complexa organização entre a prática e a crença, relacionando maneiras peculiares de entendimento e ação a essa cultura/crença), o conflito só poderá ser resolvido pelo encaminhamento da índia, com seus gêmeos intra-uterinos, ao seu “habitat natural”, para que o desfecho de sua gravidez ocorra de acordo com sua tradição.

Lembramos que na sociedade atual, moderna e não indígena, a autonomia é considerada como um bem que deve ser preservado. Uma sociedade justa é a que aceita e sustenta, no plano moral, a possibilidade de cada pessoa viver como indivíduo autônomo.

Acrescentaríamos que a autonomia é um conceito relacionado à liberdade.

Então, se considerarmos que os valores da mãe indígena emanam de sua cultura/crença, cabe a pergunta: seria ela livre para decidir sobre o destino de seus filhos, isto é, um deles deve ser eliminado?

Vale lembrar que nem sempre as tradições culturais arraigadas em determinadas culturas são facilmente aceitas por outras. Vide o exemplo de tradições como “clitoridectomia”, presente em algumas tribos africanas.

Baseada em valores emanados da cultura/crença dessas tribos, essa tradição possibilitava (e, em algumas sociedades, possibilita até hoje) a extirpação do clitóris de jovens em início da puberdade, por meio de práticas mutiladoras e com alto risco de morbidade e mortalidade. Essa extirpação era (ou é) realizada por mulheres que detinham o conhecimento prático.

Não obstante o respeito a valores culturais, o costume tornou-se motivo de grande campanha internacional de condenação e desaprovação quando conhecido por pessoas de outras regiões do mundo.

Se egermos como prioritária a autonomia do médico, (entendendo que essa é um bem que ajuda a definir o exercício pleno da condição de ser humano, sem qualquer tutela), o conflito se resolveria pela ocultação da criança que vai nascer e, posteriormente, isolá-la em outro lugar.

É imperativo ressaltar que, se adotasse como caminho a realização do parto e a ocultação da criança, o médico enfrentaria riscos, dúvidas e dilemas éticos. Seguramente, haveria a necessidade de sedação (analgesia) da parturiente, sendo que a realização de parto natural ou cesariana sem a participação ativa da mesma poderia resultar em algum tipo de distócia.

Haveria também dúvida sobre o registro em prontuário médico e, sobretudo, quanto à preservação de sigilo (segredo), pois informações serão compartilhadas por todas as pessoas que participassem do ato de ocultação de uma das crianças.

Por fim, o caso realça a possibilidade do debate sobre a autonomia como idéia fundamental do seguinte: “na deliberação relativa à ação, não devemos apenas examinar a prudência desta ação, a fim de saber se ela é um meio apropriado para a obtenção de um fim desejado, mas devemos determinar se ela é intrinsecamente justa e moralmente correta”.

Bibliografia

- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impresao.php?id=2940
- Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Dispõe sobre o Código Penal. [on-line]. [Acessado em: 15 abril 2008]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848compilado.htm
- Brasil. Fundação Nacional do Índio, Funai. [on-line]. [Acessado em: 23 de maio de 2008]. Disponível em <http://www.funai.gov.br/>.
- Brasil. Lei nº 10.406, de 20 de Janeiro de 2002. Código Civil. [on-line]. [Acessado em: 23 maio 2008]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm
- Machado LM. A disciplina penal dos silvícolas. Jus Vigilantibus. [on-line]. [Acessado em: 23 maio 2008]. Disponível em: <http://jusvi.com/artigos/24284>
- Santos Filho RL. Índios e imputabilidade penal. Jus Navigandi. [on-line]. [Acessado em: 23 maio 2008]. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8924>
-

CASO 18

Maus-tratos



Resumo

Menina de cinco meses é levada pelo pai e outros familiares a PS com história de “engasgo”. Chega apresentando convulsões generalizadas. Exame mostra hematoma no couro cabeludo e anisocoríá. Tomografia feita em seguida mostra fratura extensa no crânio, hematoma extradural, grande área de contusão parenquimatosa, com região isquêmica perilesional.

É realizada neurocirurgia para salvar a vida do bebê. Familiares negaram qualquer história de traumatismo.



Exposição dos detalhes

Bebê de cinco meses chega a Pronto Socorro (PS) com convulsões generalizadas, atribuídas a um “engasgo” pelo pai, mãe e avós maternos.

Ao realizar exame clínico, pediatra constata hematoma no couro cabeludo e desigualdade entre as pupilas (anisocoríá). Para orientar o diagnóstico, solicita tomografia computadorizada que mostra fratura extensa no crânio, hematoma extradural e extensa área de contusão parenquimatosa, com área isquêmica perilesional.

Nesse momento, desconfia de maus-tratos contra a criança e tenta levantar, junto aos familiares, episódio de espancamento. Inseguros, caem em algumas contradições, mas negam veementemente a hipótese. As contradições talvez tenham sido geradas pelo fato de a criança não ter como cuidador um único parente: parte do dia passava com o pai; parte, com a

mãe e o restante com uma tia.

Porém, de todos os presentes, o mais assustado é o próprio pai, dono de temperamento aparentemente irritável – chega a se descontrolar quando o pediatra insinua agressão. “Ele é um excelente pai, dedica-se mais do que eu mesma aos cuidados com a nossa filha. Nunca daria uma palmeada sequer” garante a mãe, em opinião compartilhada pelos avós da criança. No entanto, durante a anamnese, a avó relembra haver visto “algumas vezes, manchas roxas no abdome” da neta.

O quadro gera necessidade de operação, que, apesar da gravidade do caso, corre de maneira satisfatória e tem pós-operatório adequado.

Apesar das suspeitas levantadas, como há a negativa por parte de toda a família quanto a eventuais maus-tratos – e, portanto, não existe certeza absoluta de que estes aconteceram – médico não sabe se deve dar alta e se deve ou não denunciar sua suspeita à polícia.

Afinal, considera: “minha obrigação é tratar de doenças, e não atuar como detetive”, opinião reforçada quando o profissional considera as conseqüências traumáticas que uma denúncia pode causar, principalmente se for injusta e infundada.

Eixo Central

Maus-tratos contra crianças

Perguntas-bases: Se não há certeza de violência, é ético denunciar?
Trata-se de uma obrigação?



Argumentos

■ O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garante à criança, entre outros pontos, primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias.

■ Art. 5º do ECA: nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais; Art. 13: 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.

■ De acordo com Gaudêncio, em texto publicado no site da Sociedade Brasileira de Pediatria, “cerca de 10% das crianças que dão entrada em serviços de urgência/emergência por trauma são vítimas de maus-tratos. Se não houver um acompanhamento multidisciplinar posterior, 5% delas provavelmente morrerão nas mãos dos agressores (...) Estatisticamente, cada criança que morre vítima de maus-tratos já passou por mais de cinco atendimentos em salas de urgência/emergência pela mesma causa.”

■ O artigo do Código de Ética Médica mais diretamente aplicável à situação de maus-tratos a crianças é o 49, que veda ao médico “participar da prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não denunciar quando delas tiver conhecimento”.

■ Pode ser vinculado a este caso, ainda, os Arts. 102, que veda ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente e o Art. 44, que proíbe ao médico que deixe de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.



Eixos Secundários

- Sigilo sobre atendimento
- Verdadeiras atribuições de um médico (denunciar é uma delas?)
- Responsabilidade social do médico



Situações que poderão ser levantadas

- ◆ Caso houvesse suspeita de violência contra um idoso, em vez de violência contra a criança, a situação seria diferente, considerando-se sua vulnerabilidade?
 - ◆ Quando se suspeita de doença mental (ou vício de alcoolismo) do agressor, não seria ético encaminhá-lo para tratamento, no lugar de denunciá-lo à polícia?
 - ◆ Em que situações o médico pode transferir o sigilo à esfera legal?



Discussão

Por: Lisbeth Ferrari Dutch

O presente caso diz respeito a bebê levado ao Pronto Socorro pelo pai, com evidentes sinais de ter sofrido agressão física e com a historia clínica relatada absolutamente incompatível com o quadro clínico evidenciado.

Este breve relato já parece trazer motivos suficientes para embasar suspeita de maus-tratos. Começa, assim, o dilema do médico que recebe a criança para diagnóstico e tratamento e está diante de evidências de maus-tratos sofridos por bebê, ciente da necessidade de providências. Como agir?

Certamente, apesar das evidências que levam a forte suspeita de ter havido maus-tratos, a equipe de atendimento à criança não obterá a confirmação do pretenso agressor nem de seus familiares que se mostram, de certa forma, omissos, pois é sabido que a avó materna, na seqüência do atendimento, revelou já haver observado “manchas roxas” na criança.

Em casos como este, o médico tem, de um lado, seu compromisso com o sigilo profissional e, de outro, com a legislação vigente.

Quanto ao sigilo profissional, o Código de Ética Médica, em seu Art. 102, diz: “É vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal, ou autorização expressa do paciente”.

Em relação à legislação e ao seu compromisso social há normas a serem observadas, confira-se no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Art.13: “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”; Art. 18: “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”.

Cabe aqui a discussão sobre “justa causa” que, de acordo com França, “é o interesse de ordem moral ou social que autoriza o não cumprimento de uma norma, contanto que os motivos apresentados sejam relevantes para justificar tal violação. Fundamenta-se na existência de estado de necessidade”.

O objetivo primordial de todo médico é a preservação do bem maior: a vida. Portanto, todo atendimento médico envolve, basicamente, diagnóstico, tratamento e, sempre que possível, orientação para prevenção de novos eventos, principalmente em se tratando de doença potencialmente recorrente.

Ora, se um indivíduo é agredido em casa, possivelmente por familiar próximo, sofre lesões graves e é tratado, poderá receber alta retornando para o mesmo ambiente onde a agressão ocorreu, sem que qualquer providência seja tomada? Como fazer o trabalho preventivo?

Gaudêncio apresenta dados estatísticos que mostram que cada criança que morre vítima de maus-tratos já havia sido atendida mais de 5 vezes pela mesma causa.

Esta informação reforça a enorme necessidade da prevenção que, no caso de maus-tratos, só será efetiva por meio da comunicação aos órgãos competentes (entre nós, o Conselho Tutelar e, na falta deste, o Juizado da Infância e Juventude).

No caso em tela, os fatos sugestivos de agressão são muito fortes, pois exame (tomografia) mostra fratura associada a contusão cerebral e hematoma, em contraponto a história clínica relatada de “engasgo”, o que já induz à grande suspeita de ocultação de fatos (diagnóstico de trauma de crânio com história “inocente” de engasgo), parecendo relativamente fácil tomar a decisão de uma denúncia. Mas, em grande parte das vezes, a situação não se apresenta de forma tão clara. Apesar disso, suspeitas de “maus-tratos” surgirão na prática médica e, nessas situações, o médico, juntamente com a equipe de atendimento, necessitará estar fortemente embasado para poder efetivar qualquer denúncia.

Como em todo atendimento médico, aqui, mais do que nunca, faz-se necessária a construção de uma relação médico–paciente e médico–familiar, pautada pela sensibilidade e pela franqueza do profissional, conquistando, desta forma, a confiança, chave para obtenção e consolidação de informações.

A possibilidade de uma denúncia fútil, inverídica, tem que ser totalmente rejeitada, tendo em mente que nem sempre o que nos parece corresponde

à realidade. Lembre-se de que se trata de situação de extrema delicadeza, em que qualquer passo em falso poderá levar a malefício irreparável.

Porém, visando à proteção da criança, o médico deve, no limite da possibilidade, investigar a suspeita de maus-tratos. Na falta de condições para isso, o profissional deve encaminhar o caso aos órgãos competentes, para maior averiguação.

Se consideramos “dilema ético” a necessidade de escolha entre uma ação eticamente correta e outra eticamente questionável (violar o sigilo fazendo a comunicação dos maus-tratos), cabe a seguinte reflexão: o objetivo da comunicação (violação do sigilo) tem como alvo direto o bem-estar do nosso paciente em seu sentido mais amplo. Além da justa causa, o Código de Ética Médica, em seu Art. 2º diz: “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”.

O sigilo profissional médico é compromisso indiscutível que temos com o paciente ou com seu responsável; porém, em caso de evidências bem embasadas de “maus-tratos”, o respeito ao segredo em desfavor da denúncia acarretará danos ao paciente, alvo de toda a nossa atenção.

O médico não tem o papel de polícia ou de juiz mas tem, por dever de ofício, o papel de guardião da saúde e da vida.

Bibliografia

- Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo, SP: Loyola; 2002
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940
- Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm
- França GV. Direito médico. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Forense; 2007
- Gaudêncio A. Maus-tratos à crianças. Sociedade Brasileira de Pediatria. [online]. [Acessado em: 15 abril 2008]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=52&id_detalhe=1055&tipo=D
- Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M, orgs. Bioética: riscos e proteção. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Editora Fiocruz; 2005. 256 p.
-

CASO 19

Morte em Campo



Resumo

Jogador de futebol morre após sofrer parada cardiorrespiratória em pleno campo, em decorrência de edema pulmonar associado a presumida cardiomiopatia hipertrófica – risco que, de acordo com especialistas, aumenta com a prática esportiva. Pelo noticiado na imprensa, o jogador e o médico da equipe sabiam da existência da doença há meses, o jogador fora informado dos riscos, mas ambos optaram pela manutenção da rotina esportiva.



Exposição dos detalhes

Após cair em campo e receber manobras de ressuscitação por causa de parada cardiorrespiratória, jogador de futebol de trinta anos é levado a hospital onde é constatada morte causada por grave doença cardíaca.

Ao averiguar eventuais responsabilidades, promotor de justiça denuncia médico da equipe e dirigente do clube por homicídio doloso qualificado (quando há intenção), pois os acusados “assumiram o risco pela morte, já que tinham conhecimento de sua iminência”. Segundo ele, cerca de seis meses antes do ocorrido, exames realizados no jogador apontaram arritmia por lesão estrutural do coração (miocardiopatia), o que o desqualificaria para esforços físicos. Médico da instituição em que foram realizados os exames teria, inclusive, alertado em várias ocasiões o colega do clube sobre o risco de morte que o paciente corria.

De acordo com uma das versões divulgadas pela imprensa, ambos os denunciados – médico e dirigente da equipe – sugeriram que a responsabilidade pela morte deveria ser dividida com o próprio atleta, já que este havia sido “informado” sobre sua doença e usou seu livre-arbítrio para continuar jogando. “Doutor, vou jogar de todo jeito. É o que eu sei fazer, é como posso sustentar a família”, teria dito. Noticiou-se, ainda, que dias depois do diagnóstico, o atleta aumentou sua apólice de seguro de vida.

Companheiros de time e a própria esposa do jogador garantiram: ele sabia que era portador de uma doença, mas desconhecia sua gravidade. “Meu marido não pensou em parar, porque acreditava que não precisava, já que fora informado de que as chances de sofrer danos eram de 1%”, explicou a mulher do atleta.

Eixo Central

Limites de autonomia

Pergunta-base: Em situações como esta, como avaliar se a autonomia do paciente (sem conhecimentos técnicos) pode superar a autonomia do médico?



Argumentos

■ A Lei 9615/98 – conhecida como Lei Pelé – dispõe em seu Capítulo 2º, Art. 2º, item 11, que “devem ser garantidas a qualquer participante de modalidade desportiva as integridades física, mental e sensorial”.

■ Com relação à responsabilidade da morte do jogador, há vários entendimentos jurídicos. Na opinião de alguns juristas, seria verificada culpa do clube ou dos médicos se estes omitissem o diagnóstico do jogador ou o obrigassem a jogar. Para eles, tratou-se de “autocolocação em risco pela própria vítima”.

■ Por outro lado, há advogados que crêem que, depois de constatado problema cardiológico grave, o clube poderia arcar com a responsabilidade decorrente de “imprudência por saber”.

■ O direito brasileiro considera a vida como bem jurídico indisponível. O Art. 5º da Constituição Federal garante aos brasileiros e aos residentes no país a inviolabilidade do direito à vida.

■ O Art. 121 do Código Penal atribui pena de 6 a 20 anos por matar alguém.

■ O crime de matar alguém pode ser doloso (intenção do resultado) ou culposo, que é caracterizado como a conduta voluntária (ação ou omissão que produz um resultado antijurídico não desejado, mas previsível, e que podia ser evitado com a devida atenção). A culpa é caracterizada pela imperícia, imprudência e negligência.

■ Se fossem aplicados ao caso artigos do Código de Ética Médica, o médico poderia ser visto como responsável pela morte, com base, especialmente, no Art. 32, “isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal”; no Art. 40, “deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde (...)” e no Art. 59, “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano (...)”.

■ Em sua defesa, no entanto, poderia ser empregado o Art. 56, “é vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida”.

■ O livro *Iniciação à Bioética* dá um sentido específico à Autonomia, qualificando-a como “autodeterminação da pessoa de tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais. Refere-se à capacidade de o ser humano decidir o que é “bom”, ou o que é seu “bem-estar”.



Eixos Secundários

- Responsabilidade do médico
- Responsabilidade do paciente
- Atitude paternalista, em relação ao paciente
- Médico do trabalho: qual é seu papel perante o paciente e o empregador?
- Interesses outros que não a saúde do atendido
- Sigilo



Situações que poderão ser levantadas

- ◆ Em que situações o médico pode assumir para si a tarefa de tomar decisões pelo paciente?
 - ◆ Em teoria, o médico do clube não estaria isento de responsabilidade, caso anotasse em prontuário os impedimentos para a prática esportiva, bem como a decisão do jogador de continuar atuando, embora orientado dos riscos?
 - ◆ Até que ponto médicos podem ir à mídia para comentar casos públicos que envolvem colegas, sem infringir a ética?



Discussão

Por Max Grinberg

Questões de saúde – definida como o bem-estar físico, mental e social – devem ser motivo de apreciação interdisciplinar. É o político que propõe uma lei para uma nação, é o Ministro que organiza campanhas preventivas, é o Plano de Saúde que compõe estratégias de atendimento a seus segurados, é o jurista que interpreta o espírito de artigos sobre a saúde em leis, é o jornalista que populariza temas de saúde, é o editor que difunde livros especializados, é o gestor hospitalar que se preocupa com custo-efetividade na beira do leito, é o especialista que aprofunda um atendimento, é o médico do trabalho que atua na interface patrão-funcionário etc...etc... e há o médico do esporte que cuida de atletas profissionais.

No estado de saúde, o sigilo não parece ser objeto de apreciação ética, é da natureza humana não se sentir incomodado em ser apontado como saudável; ele torna-se um dever quando o estado de doença traz consigo o potencial de constrangimento em relação à privacidade.

A doença e suas múltiplas repercussões pertencem ao paciente, que empresta seus dados, os que revela na anamnese, os que são revelados pelos exames físico e complementares, os que são resultantes da análise de prognóstico e os que são decorrentes do tratamento, e que, no conjunto, apresentam-se como mais ou menos influenciadores de desconfortos na revelação indevida.

É essencial distinguir entre uma situação onde nem cabe o conceito de sigilo e outra onde se justifica uma quebra do mesmo por expressa autorização ou justa causa (Art. 102 do Código de Ética Médica).

Variável a ser apreciada nesta questão é a composição na relação médico–paciente de eventuais agregados (o familiar é um agregado tácito).

Para uma situação de trabalho, o médico–assistente faz recomendações ao paciente, mas não costuma ter a iniciativa de comunicar ao médico do trabalho no emprego do paciente, salvo quando há expresse interesse do paciente, após ter sido esclarecido sobre atividade física, hábitos alimentares etc... Portanto, a relação médico–paciente não inclui,

habitualmente, o médico do trabalho, e segredos se restringem a ambos, mas este último poderá se tornar um agregado e não caber, então, o conceito de sigilo.

O médico especialista pode ser acionado pelo médico do trabalho e o comparecimento do paciente-funcionário à consulta representa uma expressa autorização para a ampliação do componente médico no cuidar do sigilo profissional na relação médico-paciente. E não devemos entender que a avaliação especializada foi uma atividade de perícia.

Por outro lado, as relações de trabalho incluem o personagem patrão no circuito da informação, não diretamente pelo especialista que deve se reportar ao colega, mas pelo médico do trabalho que precisa apresentar justificativas à empresa.

Quando o paciente é o que chamaríamos de “sem face, sem nome”, o interesse fica restrito à relação médico-paciente ampliada ou não e, habitualmente, eventuais leigos que participem do processo apresentam uma conotação simplesmente burocrática, do tipo “enxerga mas não vê”.

O paciente pode ser, contudo, possuidor de uma face e um nome de dimensão pública. É da natureza humana, é da organização social que se apresse a inserção de um novo componente da relação médico-paciente, a imprensa.

O jornalista cumpre o seu Código de Ética que é tanto contemporâneo ao do médico, quanto antagônico no que diz respeito a segredo. Em resumo: CEJ- ... a divulgação de informação, precisa e correta, é dever dos meios de comunicação pública, independente da natureza de sua propriedade... versus CEM- ...é vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão... CEJ- ...sempre que considerar correto e necessário, o jornalista resguardará a origem e a identidade das suas fontes de informação... versus CEM- ...é vedado ao médico deixar de dar explicações (ao paciente) necessárias a sua compreensão...

Cabe ao médico inserir-se no espírito da frase célebre do não menos célebre Hearst (William Randolph, 1863-1951): “... notícia é aquilo que alguém quer impedir você de publicar, o resto é anúncio...”; não

exatamente impedir, mas não apoiar, pois a dupla língua&caneta do médico que assiste o personagem-notícia não pode expor a intimidade de quem tem o “empréstimo” dos dados agora ávidos na procura pelo jornalista; o médico não deve passar adiante de modo não consentido pelo detentor; há formas éticas, por exemplo boletins que têm regras.

O caso em questão reúne um diagnóstico de cardiopatia e um prognóstico intrínseco ao mesmo, uma avaliação de risco na atividade profissional e a constituição de uma relação médico–paciente expandida; o médico do clube, que idealmente seria um médico do esporte, tem dupla interface, a de clínico da beira do campo e a das obrigações para com a figura do patrão representada pela diretoria do clube; o médico especialista deve se reportar ao colega, opinar sobre resultados, condutas de Beneficência e atitudes de Não-Maleficência e ter tato ao emitir sua opinião ao paciente.

Sem entrar no mérito de quem sabia o quê, suponhamos que se estabeleceu uma composição harmoniosa entre os partícipes. Nada muito diferente do dia-a-dia de inúmeras circunstâncias de atendimento, o principal personagem, o paciente-atleta-funcionário foi esclarecido do diagnóstico e do prognóstico, como a Cardiologia pode atualmente entender, e tomou uma decisão livre; tendo sabido do risco, tendo mentalizado que a morbidade não o impedia fisicamente de cumprir as obrigações de atleta, teria decidido que desejava continuar a vida com a profissão.

Estava satisfeito com o seu ganha-pão, pessoal e familiarmente, e não se via praticando outra atividade; numa decisão perfeitamente ajustada ao princípio da Autonomia, onde uma imposição heteronômica antagônica, com base num risco em potencial, lhe soaria como um dano real, o paciente-atleta-funcionário não houve por bem proibir-se de passar por uma chance de morte súbita, até porque eventual indicação de determinado tratamento não exigiria inatividade.

Não é improvável nesta situação de auge da atividade profissional – talvez pela idade e perspectiva de um fim de carreira não longuíguo – o paciente-atleta mentalizar a ociosidade como um martírio, muito mais tempo para pensar “que está vivendo para a morte súbita”.

Há coragem em decisões autonômicas; analisá-la pode revelar tanto uma menor sensibilidade ao medo, quanto uma maior capacidade de suportar perante os riscos. Para o caso das negativas a recomendações médicas há, ainda, a possibilidade da paralisia por medo.

Um grau de paternalismo é desejado por muitos que não têm coragem para tomar a decisão, mas não receiam de passar pelos riscos. A vontade para tomar uma decisão depende do paciente e a esperança não depende dele.

Os esclarecimentos da ciência dão razões para cada um enfrentar o medo ao seu modo e de acordo com seus valores; estes podem recomendar o que deve ser feito, se é válido fazer, mas eles não dão a coragem para suportar viver sob um potencial de adversidades.

Os demais partícipes da relação médico-paciente, cada um teria se colocado no molde do princípio da autonomia, talvez entendendo que iminência (de risco à vida) é conceito atrelado a uma situação clínica de momento e que não deveria ser empregado de maneira difusa.

Resultou que o paciente, com admitida plena consciência da sua decisão, “não levou uma cartinha de afastamento do trabalho ao patrão”. Estava assintomático, realizando suas obrigações.

Enquanto nada acontece de fato, fica difícil a muitos tomar decisões de natureza preventiva. O médico assistente recomenda mudanças de hábito, mas as escolhas no refeitório da empresa, o uso do fumódromo, a adesão a fármacos não podem ficar sob estrita vigilância no ambiente de trabalho; cada um exerce o seu livre-arbítrio. E como morte súbita em cardiopatia ocorre também no repouso podemos mentalizar que não seria muito diferente das repercussões que aconteceram após o evento, se alguém, a posteriori, se indignasse, perante o hipercolesterolêmico que infartou, o fumante que se tornou enfisematoso, ou o hipertenso que teve um AVC, por entender que houve o desenvolvimento crônico e subclínico, no decorrer dos muitos anos de trabalho.

Vemos, portanto, que a doença do paciente foi equacionada com pleno respeito à Ética e atenção a princípios da Bioética. Em nenhum momento, deve ter havido a presunção de que o paciente tenha desejado

morrer, pois qualquer expressão do tipo “prefiro morrer trabalhando”, sabe-se que é tão somente uma figura de linguagem.

É diferente de assumir um risco de morte. Até porque, não há procedimento médico com risco zero, há inúmeras circunstâncias de tratamentos ditos heróicos, e creio que não podemos aceitar uma estatística de probabilidade de óbito signifique violação ao direito como fundamento de inviolabilidade à vida.

E assim a vida continuou para o paciente-atleta-funcionário. Ele se tornou uma manchete e notícia, não exatamente por intuito de ampla discussão dos fatores intervenientes na decisão, não pelos “99% de nada acontecer”, pois haveria pouco lobo, seria uma matéria ocasional em página secundária. Mas sem pelo “1%” de chance, obrigação jornalística, interesse público incontestes.

E mais do que uma decisão editorial de ser colocada em manchete, para chamar a atenção dos olhos do leitor, o “1%” aconteceu aos olhos de quem assistia a um jogo de futebol, criando um clima de consternação e uma saída com evidentes passos emocionais à busca de responsabilizações por não aceitação como um fato natural. Não aconteceu com um torcedor na arquibancada, “sem face e sem nome” e, que, eventualmente, poderia ter gerado alguma representação a autoridades policiais, éticas ou judiciárias pela família enlutada e com dúvidas sobre a condução do caso. A nação se enlutou, se solidarizou e se mobilizou, prontuário e Código de Ética Médica ficaram apequenados ante tantas acusações numa relação médico-paciente altamente agregada.

Numa hora espetacular, nenhuma explicação com a lógica ética ou bioética parece ser bem-vinda; em face do que se tornou notório, cada cidadão passou a completar a notícia por imaginação e analogias, como leigo descompromissado com a credibilidade das várias fontes de influência e como portador de experiências próprias.

Perante tanta repercussão, não parece bastar ao esclarecimento o que está extensivamente registrado em prontuário, este documento do paciente que é fundamental para elucidar dúvidas de conduta da equipe profissional de saúde. As cobranças éticas, para só falar nelas, se sucedem,

comentários proliferam sob holofotes acostumados ou circunstanciais. Há muito lbope em uma estatística que tem o poder de estimular reinterpretações de outras estatísticas, como as médicas. E, curiosamente, uma vez tudo passado, mesmo na fase de rescaldo, não parece ter havido grande sensibilização “sobre como prevenir um próximo”, o que este livro do Cremesp justamente pretende para seus leitores.

Em Medicina do esporte no Brasil, não há pré-avaliação obrigatória. Esta prática, obviamente, implica uma estratégia de seqüência, caso haja sido diagnosticada alguma doença com potencial de influência sobre a atividade profissional. Qualquer iniciativa mais ou menos formal, neste sentido no Brasil, terá na Bioética um excelente fórum de debates sobre o tema.

Algumas premissas parecem ser obrigatórias: personagens com forte interesse da mídia sobre suas decisões e sujeitos a um jornalismo investigativo, ético na própria óptica; dificuldades de manutenção do sigilo profissional em função das relações de trabalho; estado da arte no que diz respeito à influência de medidas para beneficência da doença sobre o específico da atividade de um atleta; a tendência a atitudes de proibições instigadas por uma visão de resguardo profissional; os conflitos entre uma visão humana, caso a caso, pela equipe de saúde e a visão jurídica.

Seria pertinente considerar como justa causa por quebra do sigilo profissional um interesse social pelo paciente com exposição pública? Seria tão somente um capricho, algo como mexerico, ou uma obrigação para com torcedores e fãs. Parece-nos que estes aspectos não devem contar com a participação do médico além do âmbito do considerado como a correta relação médico–paciente–agregados, plenamente autorizada, e em conformidade com o Art.102 do Código de Ética Médica. Devemos quebrar o segredo da doença, não o do doente.

É desejável que este tema deva ser alvo de iniciativas pedagógicas, aliás, com contribuição da Bioética, um amparo para o aperfeiçoamento das atitudes ao longo da experiência vivenciada. Treinamento para conversar com a imprensa pode não parecer útil, pois seria prática admitidamente restrita a poucos profissionais, mas nós não nos preparamos para cuidar de doenças raras?

O padrão é parte obrigatória da relação médico–funcionário? É um tema que exige, em primeiro lugar, uma postura de boa-fé por quem será um agregado da relação médico–paciente. Há leis promulgadas para defesa do funcionário e, que, em circunstâncias análogas ao do presente caso, podem antagonizar o exercício do princípio da autonomia a ser utilizado pelo paciente-funcionário que não deseja aceitar a recomendação médica de afastamento da atividade, por exemplo; é o caso quando há risco para terceiros.

Um funcionário-atleta profissional poderia aceitar o risco, mas não necessariamente o padrão concordaria, e o encaminhamento à Perícia Médica estaria amparado da legislação.

Teríamos, então, num primeiro momento, o médico do clube, qual Janus, mirando para o paciente-atleta e para o padrão; num segundo momento, teríamos o médico perito, arbitrando a decisão pelo afastamento ou não, segundo critérios, que para o especial da situação, parecem necessitados de reflexão para adaptações em relação aos habitualmente utilizados.

O que ocorre todos os dias, uma discordância entre médico assistente, médico do trabalho e médico perito, teria conotações especiais, o que reforça a necessidade do diálogo prévio em sessões de simulação, por exemplo, em busca de um consenso.

Pelo menos, a parte médica do eventual conflito que envolve o funcionário-atleta ficaria, dentro do mais possível pelos filtros éticos, afinada com nossas bases étnicas, culturais e sociais, contribuição a uma identidade da Medicina brasileira. Porque não nos esqueçamos que qualquer código deontológico precisa ser sensível à visão do bom e do mau pela sociedade que, afinal, é quem habilita o profissional. O sigilo apud Hipócrates tem três quebras éticas entre nós, todas de cunho social; quem decide eventual revelação é o paciente e ao médico cabe respeitar, como acontece também com a notificação de certas doenças e ordens judiciais.

As divergências entre o Código de Ética Médica e o Código de Ética do Jornalista, acima mencionadas, têm como denominador comum o melhor auto-entendimento do ser profissional. Não há por que cada profissão não

ter sua visão ética, ou então uma lógica de conduta, e, desta maneira, uma atividade profissional, como a dirigente de clube, admitir seus limites além do limitado por outra, a médica, por exemplo. O nebuloso precisaria ser aclarado entre os órgãos de representação, a fim de reduzir a necessidade de demandas judiciais. A Bioética pode ser um eficiente catalisador.

O estado da arte em Medicina é sempre contemporâneo, sujeito a mudanças mais ou menos radicais após um último artigo publicado, uma nova diretriz e, muito importante, invariavelmente admite contradições de conduta e lacunas de conhecimento.

Os médicos conhecem bem estes aspectos profissionais, sabem o quanto devem “acreditar” duvidando, em se tratando de uma disciplina longe de ser exata; o quanto precisam fazer recomendações em meio a prós e contras e, depois, conviver com os efeitos da decisão, seja lá com predomínio de quê tenha sido. A nossa visão de compromisso com os meios nem sempre é compartilhada pelo leigo, afinal, o que o paciente deseja é o melhor resultado e, freqüentemente, não se interessa pelas chances. Há muitos conflitos de end-points entre médico e paciente que ficam difíceis de serem resolvidos com eventuais agregados.

Uma vez correndo o que foi decidido, poderá haver uma visão maniqueísta, o que deu certo era o correto, o que não deu certo, foi uma conduta equivocada. É difícil convencer nas circunstâncias de mau resultado que não houve nem negligência, nem imprudência e, muito menos, imperícia.

Quem participa das decisões pode testemunhar os esclarecimentos sobre o risco-benefício e aceitar com certa resignação que tudo foi feito pelo médico considerando o princípio fundamental do máximo de zelo e o melhor da capacidade profissional.

Mas, nem sempre ocorre boa memória dos fatos e os novos agregados de última hora à relação médico-paciente podem colocar em xeque a conduta profissional. O tribunal para apreciação não fica restrito às instâncias convencionais. Só a reconhecida competência profissional não é suficiente. Não podemos fazer um rascunho para cada caso, pretendendo saber se ele se comportará dentro dos 99% ou do 1%, é a nossa

solidão em meio à multidão da literatura; a borracha só funciona sobre o que aconteceu nos casos passados e que permite o redesenho de condutas clínicas e de atitudes.

O caso em questão revelou bem este aspecto. A confiança inicial que motivou o atendimento cedeu lugar a desconfianças, e para os esclarecimentos, não foram suficientes nem a expertise acumulada e nem os documentos existentes.

Chegar a uma exata medida do que é da Medicina e, por isso, aos limites da atuação do médico, é fundamental para não provocar tendências a proibições como defesa profissional.

Estatísticas são da Medicina, expô-las ao paciente é do médico, o resultado é do paciente.

A história da Medicina ensina que muitas proibições de outrora são peças de museu lá colocadas pelo progresso que viabilizou recursos de benefício, sem, contudo, isenção de riscos.

Atualmente, certas atitudes de proibição correspondem a excesso de autoridade ou egocentrismo, apresentadas ao paciente, escudadas no conceito de não-maleficência. Elas soam indevidamente como prudência “pelo sim, pelo não...” Ordens médicas têm boa aceitação na sociedade, habitualmente, mas não se pode negar o caráter essencialmente paternalista de muitas delas e que prejudicam a qualidade de vida do paciente.

O grande problema é que ante as inexatidões da Medicina, a bola de cristal de médicos faz ver alguns bumerangues irem como uma recomendação respeitosa ajustada àquele paciente e voltarem como uma reclamação desajustada daquele próprio paciente ou de familiares. Idealmente qualquer proibição-momento deve ser um teste para o exercício da autonomia, um cotejamento entre segurança e expectativas do paciente com base na literatura e na expertise individual. A coleção de casos que “não deram certo”, a repercussão de casos com visibilidade pública são desafios à personalidade do médico, na atitude de lidar com o conhecimento na beira do leito.

No presente caso, poder-se-á imaginar que se tivesse havido proibição, a vida poderia ter continuado para um paciente-ex-atleta. Talvez

ficasse mais em concordância com o que se pode depreender da visão jurídica, mas algumas perguntas ficam no ar: Como estaria sendo interpretada a qualidade de vida (bem-estar físico, mental e social)? Haveria diferença de interpretação se o acontecimento se desse num jogo recreativo? Ou mesmo no repouso? Quantos casos existem em que nada aconteceu apesar de riscos análogos avaliados estatisticamente?

Há muitas variáveis que fazem com que, por mais deontológica que seja a intenção do médico, o relativismo deva ser altamente considerado no dia-a-dia da sua missão de benefício/não-malefício. Quem tem experiência com demandas éticas sabe que as fronteiras entre zelo e negligência e prudência e imprudência nem sempre são bem demarcadas e geram discussões que necessitam de informações sobre circunstâncias do atendimento para que a decisão possa ser legitimada.

O quanto podemos nos sentir seguros para ficar ao lado do paciente e não de lado, atrás de uma proibição indevida, pode não ter uma resposta coletiva. Mas casos como o aqui apresentado estimulam cada um a se questionar sobre qual atitude lhe soa mais compatível consigo; e caso haja tendência a uma visão exagerada – e defensiva – de não-maleficência, isto deve refletir o quanto precisamos da Bioética para nos fundamentar a proposição de mudanças na legislação, não exatamente como atitude de corporativismo, mas em atenção ao princípio fundamental do Código de Ética Médica, baseado na Declaração dos Direitos Humanos: “...o médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente, jamais utilizará seus conhecimentos contra a sua dignidade...”.

Bibliografia

- Bader RS, Goldberg L, Sahn DJ. Risk of sudden cardiac death in young athletes: which screening strategies are appropriate? *Pediatr Clin North Am* 2004; 51:1421-41.
- Beauchamp TL. Methods and principles in biomedical ethics. *J Med Ethics* 2003; 29:269-274
- Biffi A, Maron BJ, Verdile L, et al. Impact of physical deconditioning on ventricular tachyarrhythmias in trained athletes. *J Am Coll Cardiol* 2004; 44(5):1053-8.
- Blustein J, Fleischman AR. Urban bioethics: adapting bioethics to the urban context. *Acad Med* 2004; 79:1198-202.
- Boyd KM. Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. © 2000; 26(1):9-17.
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impresao.php?id=2940
- Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Dispõe sobre Código penal. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del2848.htm>
- Brasil. Lei nº 9.615, de 24 de março de 1998. Lei Pelé. [on-line]. [Acessado em: 14 abril 2008]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1998/9615.htm>
- British Olympic Association. The British Olympic Association's position statement on athlete confidentiality. *Br J Sports Med* 2000; 34:71-2.
- Colon VF. 10 ways to reduce medical malpractice exposure. *Phys Exec* 2002; 28:16-8. Consultor Jurídico. [on-line]. [Acessado em: 15 abril 2008]. Disponível em: <http://conjur.estadao.com.br/static/text/30806,1>
- Corrado D, Basso C, Rizzoli G, et al. Does sports activity enhance the risk of sudden death in adolescents and young adults? *J Am Coll Cardiol*. 2003; 42:1959-63.
- Corrado D, Pelliccia A, Bjornstad HH, et al. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol: Consensus Statement of the Study Group of Sport Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2005; 26:516-24.

- Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, orgs. Iniciação à bioética. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 1998
- Estes N, Link M, Cannom D, et al. Report of the NASPE policy conference on arrhythmias and the athlete. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2001; 12:1208-19.
- Grinberg M, Accorsi TAD. Na beira do campo como à beira do leito: bioética e medicina do esporte. *Rev Soc Cardiol, São Paulo, SP* 2005; 3:251-67.
- Grinberg M, Cohen C. Falando com o coração, auscultando a bioética. *Rev Soc Cardiol, São Paulo, SP* 2002; 6:805-20.
- Halson SL, Jeukendrup AE. Does overtraining exist? An analysis of overreaching and overtraining research. *Sports Med.* 2004;34:967-81. 23.
- Lee IM. Physical activity and all-cause mortality: what is the dose-response relation? *Med Sci Sports Exerc.* 2001; 33:S459-S471.
- Maron BJ, Epstein SE, Roberts WC. Sudden death in young competitive athletes: clinical, demographic, and pathological profiles. *JAMA* 1996 Nov 13; 276(18):1472.
- Maron BJ, Pelliccia A, Spirito P. Cardiac disease in young trained athletes. Insights into methods for distinguishing athlete's heart from structural heart disease, with particular emphasis on hypertrophic cardiomyopathy. *Circulation* 1995; 91:1596-601.
- Maron BJ. Medical progress: sudden death in young athletes. *N Engl J Med* 2003; 49:1064-75.
- Moeller JL. The athlete with fatigue. *Curr Sports Med Rep* 2004; 3:304-9.
- Renaud M. Emerging problems in clinical practice. Ethics and deontology. *Rev Port Cardiol* 2003; 22:951-4.
- Soejima K, Stevenson WG. Athlete, athletes, and arrhythmias: the cardiologist's dilemma. *J Am Coll Cardiol* 2004; 44:1059-61.
- Sports medicine - is there lack of control? *Lancet* 1988; 2(8611):612.
- tachyarrhythmias in trained athletes. *J Am Coll Cardiol* 2004; 44:1053-8.
- Waddington I, Roderick M, Naik R. Methods of appointment and qualifications of club doctors and physiotherapists in English professional football: some problems and issues. *Br J Sports Med* 2001; 35:48-53.
- Williams PT. Physical fitness and activity as separate heart disease risk factors: a meta-analysis. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33:754-61.
-

CASO 20

Não Alimentar, Nem Hidratar



Resumo

Mulher vive em coma vegetativo persistente durante quinze anos, em decorrência de parada cardíaca. Respira sem a ajuda de aparelhos, mas sua alimentação e hidratação são mantidas por meio de sondas.

O marido e guardião legal entra na justiça, pedindo a suspensão de tais recursos, afirmando que esta seria a vontade da paciente. Os pais dela contestam, já que tal desejo não fora documentado.



Exposição dos detalhes

Aos vinte e seis anos de idade mulher sofre parada cardíaca em consequência de desordem alimentar grave (queda dos níveis de potássio, causada possivelmente por bulimia), culminando em danos cerebrais irreversíveis e, segundo vários especialistas consultados, estado vegetativo persistente, que se mantém há quinze anos.

Apesar de respirar sem a ajuda de aparelhos, passa a depender de sondas alimentares e de hidratação inseridas no estômago (gastrostomia). Anos depois da parada cardíaca, seu marido – e guardião legal – apela à Justiça, pedindo que o equipamento seja desconectado, garantindo que, quando saudável, a esposa havia confidenciado o desejo de morrer, caso ficasse em situação semelhante.

Os pais dela, no entanto, contestam a versão, baseados no fato de que a filha não havia deixado nada por escrito a respeito do que desejaria. Acreditam em recuperação parcial: a paciente parece sorrir e querer

comunicar-se – o que, segundo especialistas, não passam de movimentos involuntários.

Inicia-se, então, batalha judicial de mais de uma década, com direito à participação do governador de Estado – que tentou criar uma lei voltada à manutenção da vida de pessoas incapacitadas de responderem por si mesmas –; do presidente da República e até do Papa, para quem hidratação e alimentação, ainda que artificiais, são direitos inalienáveis do ser humano.

Depois de grande comoção popular, a situação teve como desfecho a vitória do marido nos tribunais, quando foi retirada a gastrostomia, atitude que resultou em morte por inanição e desidratação.

Eixo Central

Limites dos limites de tratamento

Pergunta-base: No Brasil, alimentação e hidratação correspondem a direitos do paciente, seja qual for a situação?



Argumentos

■ O direito brasileiro considera a vida como bem jurídico indisponível. Porém, há casos em que o entendimento jurídico poderia ser o de que não há bem jurídico, porque não há vida a preservar.

■ A Constituição Federal garante aos cidadãos o direito à inviolabilidade do direito à vida. Baseado nesta idéia, o ato de suspender a alimentação poderia ser classificado como homicídio culposo, caracterizado por conduta voluntária (ação ou omissão), que produz um resultado não desejado, mas previsível e que podia ser evitado com a devida atenção.

■ No entanto, o direito à vida não pode ser visto isoladamente dentro do ordenamento jurídico brasileiro, que possui diversos princípios norteadores, como o da dignidade da pessoa humana e a proibição de tratamentos desumanos ou degradantes (A Constituição da República, por exemplo, assegura no Art. 5º, inciso III, que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”).

■ O Código Penal (Art. 122) não se refere à eutanásia e nem à conduta do suicida, mas pune aquele que, de uma forma ou de outra, leva terceira pessoa a suprimir a própria vida.

■ Para o jurista Martins, I.G. (no site Revista do Direito), “o homem não tem o direito de tirar a vida do seu semelhante, mas desligar aparelhos não é matar. Não há polêmica porque não há choque nenhum com o direito canônico ou o direito natural. O direito à vida é o direito de se manter vivo com os próprios meios”.

■ Desde o caso Nancy Cruzan (jovem que em 1990, após acidente automobilístico, ficou em estado de coma vegetativo, respirava sem a ajuda de aparelhos, mas necessitava de sondas para alimentar-se) é entendimento da Suprema Corte norte-americana que a alimentação e a hidratação via sondas são práticas integrantes de um tratamento médico. Ou seja, passíveis de interrupção se o paciente assim o quiser ou deixar expressada sua vontade.

■ O papa João Paulo II afirmou que continuar alimentando e hidratando artificialmente pessoas em estado vegetativo persistente é uma “obrigação moral” ainda que tal condição perdure por anos a fio. No entanto, a Santa Sé já declarou publicamente considerar desnecessário prolongar o sofrimento, de maneira dolorosa e inútil, sem que haja resposta ao tratamento.

■ A Lei Estadual (SP) 10.241/99, mais conhecida como Lei Covas, dispõe sobre direitos dos usuários dos serviços de saúde – inclusive o de consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados.

■ Há vários artigos do Código de Ética Médica que poderiam ser aplicados ao caso, dependendo da interpretação. Entre eles: Art. 6º – O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra a sua dignidade e integridade; Art. 50 – É vedado ao médico fornecer meios, instrumentos, substâncias

ou conhecimentos que facilitem a prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanas ou cruéis em relação à pessoa; Art. 51 – É vedado ao médico alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em greve de fome que for considerada capaz, física e mentalmente, de fazer juízo perfeito das possíveis conseqüências de sua atitude. Em tais casos, deve o médico fazê-lo ciente das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de perigo de vida iminente, tratá-la.



Eixos Secundários

- Limites de tratamento a pacientes que não estão em perigo de morte iminente
- Autonomia do paciente em iminente risco de morte
- Alimentação compulsória a pacientes conscientes ou inconscientes
- Instruções relativas a final de vida formuladas em período distante ao da morte
- Como contemporizar opiniões divergentes da família quanto a final de vida?



Situações que poderão ser levantadas

- ◆ Se este caso tivesse acontecido no Brasil e se a esposa, realmente, tivesse deixado manifestação por escrito, a gastrostomia poderia ser retirada?
 - ◆ Supondo que não existisse conflito familiar, seria lícito desligar aparelhos de paciente estável, em estado vegetativo há anos?
 - ◆ Deveria a doente ser encaminhada para casa, a fim de que a família assumisse parte da responsabilidade pela decisão (de retirar ou não a gastrostomia)?



Discussão

Por Gabriel Oselka

Nos Estados Unidos (EUA), onde o fato ocorreu, toda a discussão centrou-se na divergência entre os pais e o marido da paciente quanto a ela ter ou não manifestado com clareza – antes de entrar em coma – que não desejaria que nessas condições sua vida fosse prolongada com recursos artificiais. Se, por exemplo, houvesse outras testemunhas ou uma manifestação por escrito da paciente nesse sentido, a gastrostomia poderia ser retirada, sem maiores questionamentos legais.

De fato, naquele país a Suprema Corte decidiu, em um caso concreto de paciente em estado vegetativo persistente (EVP, definido como “uma condição clínica de completa ausência de percepção de si e do ambiente, acompanhada de ciclos de sono e vigília, com preservação parcial de funções autonômicas do hipotálamo e tronco cerebral”) que a alimentação e a hidratação artificiais não são diferentes de outros tratamentos médicos (soma-se a essa a conclusão a de que pacientes em EVP não têm capacidade cerebral cortical de consciência da dor).

A mesma Corte já havia decidido, na terceira década do século XX, que uma pessoa competente para decidir pode recusar-se a receber tratamento médico, independente de estar ou não em fase terminal de uma doença.

Já o Conselho de Assuntos Éticos e Judiciais da Associação Médica Americana opinou que “mesmo quando a morte não é iminente, mas o coma é sem dúvida irreversível e há salvaguardas suficientes para confirmar a acurácia do diagnóstico, e com a concordância dos responsáveis pelos cuidados ao paciente, não é antiético interromper todos os tratamentos de prolongamento da vida. Tratamentos de prolongamento da vida incluem medicamentos, e respiração, ventilação ou hidratação artificiais”.

Tivesse o caso ocorrido no Brasil, a discussão seria muito diferente. Duas vertentes podem ser examinadas separadamente: *seria ética e legalmente justificável a retirada da gastrostomia? Em caso positivo, em que tipos de pacientes? Apenas naqueles com doenças consideradas terminais ou também em outros, como em EVP?*

Uma Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sinaliza o alcance da discussão ética em relação às duas questões suscitadas, mas, como veremos, não a esgota. De fato, a Resolução CFM 1805/06, afirma, em seu Art. 1º, que “é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida de doente em fase terminal de doença grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”.

Fica claro que o balizamento ético do CFM restringe a limitação ou suspensão de procedimentos ou tratamentos a determinado e específico tipo de situação, na qual a paciente em discussão não se enquadraria, já que não havia qualquer possibilidade de prever por quanto tempo ela poderia sobreviver se a alimentação e a hidratação artificiais continuassem.

Por outro lado, ainda que se tratasse de paciente enquadrada clinicamente nos limites da Resolução, caberia a discussão – incipiente entre nós – se a alimentação e a hidratação artificiais são consideradas tratamentos médicos. Os avanços da tecnologia têm sido tão rápidos nas últimas décadas que parece-nos temerário fazer alguma distinção entre a alimentação e a hidratação artificiais e outros tipos de tratamentos médicos; é preciso ter-se em mente, por exemplo, que alimentação por sonda ou por gastrostomia pode determinar eventos adversos, como pneumonia aspirativa e diarreia.

Assim, como o objetivo final de qualquer conduta terapêutica é beneficiar o paciente, cabe sempre considerar, em cada caso, se a alimentação e a hidratação artificiais serão efetivamente benéficas. Muitas vezes, especialmente em pacientes terminais, limitar nutrição e hidratação é uma questão mais médica que moral. Por exemplo, pode ser necessário manter a hidratação destes pacientes para possibilitar a administração de drogas.

Também sob o aspecto jurídico o caso seria muito mais controvertido no Brasil. Quanto a pacientes terminais, vários juristas sustentam a licitude da interrupção de medidas de prolongamento de vida. Afirmando, por exemplo, que “quando o médico interrompe cuidados terapêuticos por serem já inúteis, falta-lhe o dever jurídico para agir, não se motivando aí qualquer punição” ou “a omissão do médico não caracteriza ato delituoso face à

ausência de dever jurídico, se a saúde era objetivo inalcançável” ou ainda: “não há dever jurídico de prolongar uma vida irrecuperável”. Entretanto, não há ainda jurisprudência (ou legislação) firmada no Brasil e alguns juristas ainda defendem a tese de que o desligamento de aparelhos em caso de paciente terminal configura exemplo de homicídio por omissão.

Cabe salientar, também, que não há no Brasil, ao contrário dos EUA, a caracterização de a alimentação e a hidratação artificiais como procedimentos médicos.

No Estado de São Paulo, uma Lei de 1999 pode ser invocada na presente discussão. Essa Lei, que trata de direitos dos pacientes, afirma, em seu Art. 23 que é direito do paciente “recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários de prolongamento da vida”. Percebe-se que não há definição quanto ao significado de tratamentos “dolorosos ou extraordinários”. A alimentação e a hidratação artificiais poderiam incluir-se na categoria de “extraordinários”? Em nossa opinião, sim.

A complexidade do caso é ilustrada, também, por uma controvérsia religiosa. A Igreja Católica, intransigente defensora da sacralidade da vida, há décadas – e reiteradamente – vem enfatizando que “é lícito, em consciência, tomar a decisão de renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem contudo interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes” (Papa Pio XII) e – mais recentemente – que “a renúncia a meios extraordinários ou desproporcionais de prolongamento de vida não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes a aceitação da condição humana diante da morte” (Papa João Paulo II).

Entretanto, aparentemente motivado pelo caso que estamos discutindo, o próprio João Paulo II afirmou que pacientes em coma permanente são “sempre humanos” e que nutrição e hidratação médicas (artificiais) representam “cuidados básicos” e “não um ato médico”, sendo, por isso, a sua manutenção uma “obrigação moral”.

Bibliografia

- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. [on-line]. [Acessado em; 16 abril 2008]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm
- Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Dispõe sobre o Código Penal. [on-line]. [Acessado em: 16 abril 2008]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del2848.htm>
- Comentário vaticano às respostas sobre alimentação e hidratação artificiais. [on-line]. [Acessado em: 16 abril 2008]. Disponível em: <http://www.zenit.org/article-16131?!=portuguese>
- Estudos da bioética e o sistema constitucional brasileiro. Revista do Direito. [on-line]. [Acessado em: 16 abril 2008]. Disponível em: http://revistadodireito.vilabol.uol.com.br/art_bioetica.htm
- Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo, SP: Centro São Camilo, Loyola; 2001
- São Paulo (Estado). Lei nº 10.241, de março de 1999 - Dispõe sobre direitos dos usuários de serviços de saúde. [on-line]. [Acessado em: 16 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3080
- Shills ME. Nutrition and medical ethics: the interplay of medical decisions, patient's rights and the judicial system In: Shills ME, Olson JE, Shike M, Ross AC (eds). Modern nutrition in health and disease. 9th ed. Philadelphia, Lippincot, Williams & Wilkins, 1997.
- Villas-Boas ME. Da eutanásia ao prolongamento artificial. Aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida. Rio de Janeiro, RJ: Forense; 2005
-

CASO 21

Paciente Antiético



Resumo do caso

Paciente internado em hospital público tem por “hábito” roubar peças do banheiro instalado na enfermaria, além de objetos deixados pela enfermagem. Ainda que não seja o momento adequado, deve-se dar alta, pensando na preservação do patrimônio?



Exposição dos detalhes

Homem de 50 anos internado em enfermaria de hospital público há vários meses (por conta de doença infecciosa indefinida que exige tratamento com antibiótico intravenoso), apresenta particularidade em relação aos demais doentes: o costume de roubar peças do banheiro, como torneira e registro, e/ou qualquer material deixado momentaneamente pela enfermagem, como gaze e seringas.

Ao se darem conta do problema, funcionárias da ala informam-no ao médico assistente, que pede intervenção dos colegas psiquiatras que, depois dos exames necessários, não identificam qualquer sinal de senilidade precoce ou doença mental no paciente.

Preocupado com o bem-estar dos outros internados, que passam a reclamar das atitudes do “companheiro de quarto”, o médico decide conversar com o mesmo – e, posteriormente, com sua família –, solicitando que não se aproprie mais dos objetos, para não prejudicar a rotina do hospital. O pedido é reiterado várias vezes, com a ajuda de assistente social da instituição, sem, contudo, ser atendido.

Pressionado pela direção técnica do hospital, médico fica em dúvida, mas aceita dar alta ao paciente, considerando que sua decisão “visa ao bem comum”.

Com base neste caso, pergunta-se: é lícito dar alta por motivos administrativos? Pode-se dar alta perante o argumento de que se o homem for mantido internado, os outros pacientes poderão alegar contratempos mais ou menos sérios?

Eixo Central

Interrupção precoce de tratamento

Perguntas-base: Em determinadas situações especiais, é lícito liberar paciente por motivos alheios à sua doença? Em caso de roubo, o médico deve avisar à polícia?



Argumentos

■ O Código de Ética Médica, no Art. 1º de seus princípios fundamentais, determina que “A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza”. O Art. 47 proíbe ao profissional “discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto”.

■ Porém, o Art. 23, estabelece como direito do médico “recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente”. (no caso, os outros internados).

■ O Art. 7º estabelece: o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente

■ No Parecer Consulta 3.479/98 do Cremesp que questiona “de quem é a responsabilidade pela liberação de pacientes sem atendimento”? o relator explica que a responsabilidade médica de tais dispensas fica por conta do responsável técnico pelo serviço, visto que responde solidariamente pelos atos de seus subordinados.

■ A Lei 10.241/99 (Lei Covas), em seu Art. 4º, garante ao doente “ter resguardado o segredo sobre seus dados pessoais, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou a saúde pública”.



Eixos Secundários

- Relação médico–paciente e médico–familiares
- Alta a pedido
- Quebra de sigilo



Situações que poderão ser levantadas

- ◆ O médico é obrigado a atender paciente que não deseja?
- ◆ Como resolver questões em que o médico sofre coação de ordem administrativa, de forma a limitar sua liberdade no atendimento?

Comissão de Ética Médica

Em caso de coação por parte da administração como este em voga, um recurso para a resolução de um conflito ético é apelar à Comissão de Ética (ou de Bioética) do Hospital. Ou seja, é inadequado que o médico tente resolver sozinho, questões delicadas como as deste tipo.



Discussão

Por Airton Gomes

Os Arts. 1º e 2º do Código de Ética Médica explicitam que “a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza” e que “o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”.

A partir do Código, apreende-se que o médico não deverá iniciar ou interromper procedimentos atendendo eventuais pressões exercidas pela administração do hospital, ou por conta de problemas que não sejam estritamente de ordem médica, mas capazes de ocasionar possíveis repercussões no tratamento do paciente.

Portanto, a alta não deve, em hipótese nenhuma, ser motivada por furto ou outras ocorrências que, apesar de desastrosas, não correspondem à natureza médica. A alta é norteadada apenas e tão somente por motivos de ordem médica e em benefício do paciente.

O profissional tem a autonomia para indicar a melhor conduta que entender que for a adequada para o tratamento, zelando e trabalhando pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.

Não é esperado que tente resolver sozinho questões relativas a situações diversas das que envolvam o tratamento médico, podendo recorrer a outros profissionais, e, em casos que se façam necessários, encaminhar a discussão à Comissão de Ética Médica ou de Bioética da instituição.

Quando se sentir coagido a adotar condutas indesejadas – na situação descrita, dar alta, mesmo que o paciente ainda não esteja são – o colega tem o direito de denunciar o fato à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Cremesp, para as devidas apurações e providências. Averiguado exagero por parte da instituição, seus diretores clínicos e técnicos – como médicos – estarão sujeitos às regulamentações que disciplinam a sua atividade profissional.

Por sua vez, a direção do hospital pode denunciar às autoridades policiais o furto ocorrido dentro de seu hospital, para a apuração e

responsabilização pelo ocorrido, bem como, requerer a reparação pelo dano financeiro, causado ao serviço.

É evidente que o fato de um hospital disponibilizar o seu espaço físico ao atendimento dos pacientes não implica que deverá arcar com o custo de prejuízo intencionalmente causado ou por furtos que um determinado atendido lhe cause.

Sendo possível, cabe à direção acautelar-se para que tais fatos não ocorram, sempre tomando o cuidado de salvaguardar o respeito ao sigilo e à boa prática médica.

Porém, insistimos: tais medidas são de caráter administrativo e não podem implicar em prejuízo para o paciente ou para o seu tratamento.

Bibliografia

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 3.479/98. Dispõe sobre Responsabilidade pela liberação de pacientes sem atendimento. [on-line]. [Acessado em: 16 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=3552. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3080

São Paulo (Estado). Lei nº 10.241, de março de 1999 - Dispõe sobre direitos dos usuários de serviços de saúde. [on-line]. [Acessado em: 16 abril 2008].

CASO 22

Perícia Médica



Resumo

Médico perito previdenciário realiza exame médico pericial, objetivando avaliar capacidade laborativa de segurado que pleiteia benefício. Não examina, descaracteriza onexo causal do alegado acometimento com o trabalho realizado (relação entre trabalho e doença) e, sem inspecionar o local em que o trabalhador atua, nega o benefício, causando a revolta do segurado.



Exposição dos detalhes

Médico perito do Serviço Público Federal presta atendimento avaliando capacidade laborativa de segurados.

Em determinado dia, atende segurado que trabalha com informática, portador de tenossinovite dos extensores e flexores do punho direito. Durante o atendimento, o periciando apresenta atestado médico e prescrição do assistente, no qual o colega relaciona tal acometimento com o trabalho, sugerindo aposentadoria por invalidez.

Após analisar o relatório, o perito faz comentários desairosos ao tratamento dispensado pelo assistente e, sem analisar os exames complementares apresentados, conclui por ausência de incapacidade para o trabalho.

Inconformado pela negativa, periciando comparece à empresa em que atua, onde é atendido pelo médico do trabalho que, após verificar minuciosamente relatórios e exames, concorda com o médico assistente:

para ele, o funcionário está realmente incapacitado para continuar em sua função.

Ao tomar conhecimento da opinião do perito, o médico do trabalho demonstra grande indignação, desacreditando, inclusive, de seus conhecimentos técnicos e de sua conduta. Vai mais longe: recomenda ao paciente que utilize recurso e recorra da alta.

Depois de toda a confusão, inseguro com as condutas adotadas, o periciando decide formular denúncia ao Cremesp contra o perito, questionando a não-concessão do benefício.

Eixo Central

Relacionamento Periciando, Médico Perito, Médico Assistente e Médico do Trabalho

Pergunta-base: Até que ponto o médico perito tem autonomia para concluir seu exame médico pericial, independentemente da conclusão do médico do trabalho e do médico assistente?



Argumentos

■ Há vários artigos do Código de Ética Médica que podem ser relacionados ao caso. Entre eles, os Arts. 118 e 119, que vedam ao médico, respectivamente, “deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das atribuições e competência”; “assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não tenha realizado ou participado pessoalmente do exame”.

■ O Art. 120 proíbe “ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho”. Já o Art. 121 veda “intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório”.

■ A Resolução 126 do Cremesp estabelece, entre outros pontos: Art. 2º – As causas de impedimentos e suspeição aplicáveis aos auxiliares da Justiça se aplicam plenamente aos peritos médicos. Parágrafo 1º – É vedado ao médico do trabalho de empresa/instituição atuar como perito ou assistente técnico em processo judicial ou procedimento administrativo envolvendo empregado/funcionário ou ex-empregado/funcionário da mesma empresa.

■ Parágrafo 2º – É vedado ao médico, qualquer que seja a especialidade, atuar como perito em face de servidores da mesma instituição e mesmo local de trabalho, exceto se compuser corpo de peritos exclusivos para esta função ou na função de assistente técnico

■ Parágrafo 3º – Constitui infração ética expressa ao Art. 120 do Código de Ética Médica, Resolução CFM 1.246/88, o médico ser perito ou assistente técnico em processo judicial ou procedimento administrativo, envolvendo seu paciente ou ex-paciente.

■ Art. 3º da Resolução 126 do Cremesp – Na formação de sua opinião técnica, o médico investido na função de perito não fica restrito aos relatórios elaborados pelo médico assistente do periciando. Deverá, todavia, abster-se de emitir juízo de valor acerca de conduta médica do colega, incluindo diagnósticos e procedimentos terapêuticos realizados ou indicados, na presença do periciando, devendo registrá-la no laudo ou relatório.

■ Parágrafo Único – O médico, na função de perito, deve respeitar a liberdade e independência de atuação dos profissionais de saúde sem, todavia, permitir a invasão de competência da sua atividade, não se obrigando a acatar sugestões ou recomendações sobre a matéria em discussão no processo judicial ou procedimento administrativo.

■ Art. 4º – O exame médico pericial deve ser pautado pelos ditames éticos da profissão, levando-se em conta que a relação perito–periciando não se estabelece nos mesmos termos da relação médico–paciente.

■ Parágrafo 1º – É vedado ao médico, na função de perito, divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, fora do procedimento administrativo e processo judicial, devendo manter sigilo pericial, restringindo as suas observações e conclusões ao laudo pericial, exceto por solicitação da autoridade competente.

■ Parágrafo 2º – É vedado ao médico, na função de perito, modificar procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos, salvo em situação de indiscutível perigo de vida ou perda de função fisiológica, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente, devendo ainda declarar-se suspeito a partir deste momento.

■ Art. 5º – O médico na função de perito não deve aceitar qualquer tipo de constrangimento, coação, pressão, imposição ou restrição que possam influir no desempenho de sua atividade, que deve ser realizada com absoluta isenção, imparcialidade e autonomia, podendo recusar-se a prosseguir no exame e fazendo constar no laudo o motivo de sua decisão.

■ Art. 6º – O médico, na função de perito ou assistente técnico, tem o direito de examinar e copiar a documentação médica do periciando, necessária para o seu mister, obrigando-se a manter sigilo profissional absoluto com relação aos dados não relacionados com o objeto da perícia médico legal.

■ Parágrafo 1º – Poderá o médico investido nestas funções solicitar ao médico assistente as informações e os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

■ Parágrafo 2º – O diretor técnico ou diretor clínico e o médico responsável por Serviços de Saúde, públicos ou privados, devem garantir ao médico perito e ao assistente técnico todas as condições para o bom desempenho de suas atividades, bem como o acesso aos documentos que se fizerem necessários, inclusive deles obter cópias, desde que com a anuência do periciando ou seu representante legal.

■ Art. 8º – Resolução 167 do Cremesp mudou a Resolução 126 do Cremesp no que se refere ao teor do Art. 8º – “O atestado ou relatório médico solicitado ou autorizado pelo paciente ou representante legal, para fins de perícia médica, deve conter apenas informações sobre o diagnóstico, os exames complementares, a conduta terapêutica proposta e as conseqüências à saúde do seu paciente, podendo sugerir afastamento, readaptação ou aposentadoria, ponderando ao paciente que a decisão caberá ao médico perito”.



Eixos Secundários

- Direito recursal do periciando em instituição previdenciária
- Negativa, por parte do perito, em analisar os exames complementares apresentados
- Relação entre colegas
- Limites de atuação
- Ética pericial



Situações que poderão ser levantadas

- ◆ Frente a um caso de simulação, poderiam ser responsabilizados o médico perito, o médico do trabalho e/ou, o médico assistente?
- ◆ Algum dos três médicos ouvidos deveria denunciar ao Cremesp outros colegas envolvidos no atendimento, se avaliasse a presença de infrações éticas?



Discussão

Por Jarbas Simas

Perícia Médica: é o exame de situações ou fatos relacionados a coisas e pessoas, praticado por especialista na matéria, com o objetivo de elucidar determinados aspectos técnicos.

Quase sempre o exercício de um direito pela via judicial ou administrativa enseja a realização da prova pericial, o que torna necessário o trabalho de peritos.

Exame Médico-Pericial: Entre suas funções essenciais, os peritos têm a de avaliar a presença de incapacidade laborativa dos segurados. A perícia médica, portanto, destina-se a permitir respostas às dúvidas levantadas sobre tal característica, permitindo que sejam atendidos os conceitos e critérios legais e regulamentares.

Para determinar a capacidade ou incapacidade do trabalhador, é realizado exame médico-pericial, que serve primordialmente para enquadrar determinado caso a legislação pertinente, sendo que o motivo mais freqüente é a habilitação a um benefício por incapacidade.

Quando um trabalhador fica doente, é a Previdência Social que paga o seu salário até que ele recupere as condições de exercer suas atividades: o auxílio-doença acidentário será dado ao acidentado que permanecer incapacitado para seu trabalho por mais de 15 (quinze) dias.

Pela freqüência com que ocorrem em nossa realidade, vale a pena abordarmos situações como a exposta no caso em questão: foca-se na discordância de opinião entre o médico que assiste o trabalhador e o perito – responsável por caracterizar ou não a incapacidade laborativa. Às vezes, outro médico é envolvido na discussão, ou seja, o médico do trabalho da empresa em que o periciando trabalha.

Na “engrenagem” exemplificada, qual é a opinião que prevalece? É permitido que um médico desvalorize diagnóstico de colega? Eventual simulação de doença, por parte do paciente, pode acarretar em processo ético disciplinar ao médico que nele acreditou? estão entre os dilemas que podem ser enfrentados por estes especialistas.

Como exemplo, mencionamos o caso de perito responsável por avaliar

incapacidade laborativa de segurado que pleiteia benefício previdenciário.

Durante o atendimento, o periciando apresenta atestado médico e prescrição do assistente, no qual o mesmo relaciona tal acometimento com o trabalho indicando aposentadoria por invalidez.

Após analisar tal relatório e a prescrição do colega assistente, o perito faz comentários desairosos ao tratamento dispensado e dá alta ao trabalhador. Em resumo, não examina, descaracterizando onexo causal do alegado acometimento com o labor e, sem inspecionar o local de trabalho, nega o benefício.

Inconformado com tal conduta, trabalhador solicita reconsideração da alta e procura médico do trabalho da empresa em que atua, que concorda com a posição do médico responsável pelo tratamento daquele funcionário. Sobre o perito previdenciário, opta por tecer comentários pouco elogiosos, passando também a desdenhar dos conhecimentos técnicos de colega, aconselhando ao paciente que recorra da alta através da via recursal.

Não satisfeito com a conduta do perito – e, ainda, incentivado pela opinião do médico do trabalho – trabalhador abre denúncia no CRM, questionando a não-concessão do benefício pelo INSS.

Para a análise ética de toda essa situação, optamos por recorrer ao Código de Ética Médica, capaz de nos fornecer caminho adequado. Segundo o Código, é eticamente indefensável que um médico (seja o assistente, médico do trabalho ou perito) critique a conduta de colega, em especial diante de paciente, causando, em última análise, intranquilidade ao mesmo: o Art. 19 enfatiza que o profissional deve ter “para com seus colegas respeito, consideração e solidariedade”.

Com base em outra norma, desta vez, no Art. 8º da Resolução 167 do Cremesp, salienta-se que o atestado ou relatório médico solicitado ou autorizado pelo paciente ou representante legal ao médico assistente, para fins de perícia médica, deve conter apenas informações sobre o diagnóstico, os exames complementares, a conduta terapêutica proposta e as conseqüências à saúde do seu paciente.

No entanto, na formação de sua opinião técnica o perito não deve ficar restrito aos relatórios trazidos à perícia. E mais: em sua conclusão, o

perito precisa se abster de emitir juízo de valor acerca de conduta médica do colega na presença do trabalhador, devendo apenas registrá-la no laudo ou relatório – incluindo aqui seu diagnóstico e procedimentos terapêuticos realizados ou indicados.

Outra falha embutida no atendimento ao trabalhador citado – conforme a Resolução CFM 1488, nos casos duvidosos, para o estabelecimento do nexo causal, o médico deve aventar a hipótese de se estudar o local do trabalho, além de confirmar ou não a capacidade laborativa, por meio de exame clínico, análise de documentos, provas e laudos referentes ao caso.

É importante ressaltar que não é o perito quem concede – ou deixa de conceder – o benefício, responsabilidade esta única e exclusiva do INSS, que analisa se o periciando tem qualidade de segurado, se houve o cumprimento da carência e demais requisitos legais.

Cabe ao médico perito tão somente avaliar a incapacidade laborativa do segurado para que, desde que o mesmo preencha todos os requisitos administrativos, faça jus ao benefício pleiteado.

Bibliografia

- Brandimiller P. Perícia judicial em acidentes e doenças do trabalho. São Paulo, SP: Senac; 1996.
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 8 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940.
- Buono NA, Buono EA. Perícia e processo trabalhista. 2 ed. Curitiba, PF: Genesis; 1996.
- Cabral AF. Manual da prova pericial. 3 ed. Niterói, RJ: Impetus; 2003
- Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia. Resolução nº 288, de 4 de dezembro de 2007. [on-line]. [Acessado em 16 abril 2008]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp?portal=BA>.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais. Resolução nº 292, de 15 de fevereiro de 2008. Dispõe sobre as relações entre médicos peritos e médicos assistentes e dá outras providências. [on-line]. [Acessado em: 16 abril 2008]. Disponível em: http://www.crmmg.org.br/legislacao/rp_crmmg_292_2008/document_view.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 126, de 31 de outubro de 2005. Dispõe sobre a realização de PERÍCIA MÉDICA e dá outras providências. [on-line]. [Acessado em: 16 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6271.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 167, de 25 de setembro de 2007. Altera o artigo 8º. da Resolução CREMESP nº 126/05, que dispõe sobre a realização de perícia médica. [on-line]. [Acessado em: 16 abril 2007]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7677.
-

CASO 23

Paciente do PSF



Resumo

Em visita realizada por grupo de PSF, médico precisa atender caso de urgência, enquanto os outros componentes do grupo se dirigem à residência de paciente asmático, estável. Como não havia qualquer queixa diferente, o enfermeiro preenche receita com o mesmo medicamento até então usado, conforme orientação anterior do próprio médico.



Exposição dos detalhes

Paciente asmático comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para buscar remédios, conforme prescrição obtida de equipe do Programa Saúde da Família (PSF).

Antes do aviamento do remédio, porém, atendente da farmácia se depara com detalhe que lhe chama a atenção: a receita – onde são indicados corticóide via oral e inalação com medicação – vem assinada e carimbada por enfermeiro.

Informado, diretor clínico da UBS que centraliza a rotina do PSF daquela região questiona o atendimento. Fica sabendo que, durante a visita, o médico responsável pela equipe foi chamado a um caso de urgência e designou o enfermeiro para visitar outro paciente que, a seu critério, necessitava apenas de um atendimento de rotina.

Instruiu ainda ao auxiliar que promovesse o atendimento e que, perante um quadro sem alterações, mantivesse a mesma prescrição. Caso contrário, colocava-se à disposição, por telefone, para atendimento posterior.

Quadro estável, enfermeiro seguiu à risca a orientação do médico, registrando em prontuário toda a história, sem omissões.

Sem concordar com tal prática, o diretor clínico decide abrir processo administrativo contra o colega e abrir Boletim de Ocorrência (B.O.) para “preservação de direitos”.

Em hipótese alguma o médico pode delegar a prescrição? Quais seriam as alternativas possíveis?

Eixo Central

Delegar atendimento a profissional não-médico

Pergunta-base: Poderia o médico delegar a outro membro de sua equipe a manutenção de prescrição de paciente crônico estável?



Argumentos

■ O Código de Ética Médica, Art. 30, proíbe ao médico “delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica”.

■ O Art. 31, por sua vez, estabelece que o médico não pode deixar de assumir responsabilidade sobre o procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

■ O Art. 32 proíbe de isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou responsável legal.

■ Art. 34 – Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

■ Art. 62 – Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o atendimento.

■ Há uma resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que vem sendo acolhida judicialmente em algumas cidades. Diz, entre outros pontos: Art. 1º – É ação da enfermagem, quando praticada pelo enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a **prescrição** de medicamentos; Art. 2º – Os limites legais para a prática desta ação são os programas de Saúde Pública e rotinas que tenham sido aprovadas em Instituições de Saúde, pública ou privada. Art. 3º – O enfermeiro, quando no exercício da atividade capitulada no Art. 1º, tem autonomia na escolha dos medicamentos e respectiva posologia, respondendo integralmente pelos atos praticados.

■ No entanto, é o Art. 4º aquele capaz de criar a maior polêmica neste assunto. Determina: “Para assegurar o pleno exercício profissional, garantindo ao cliente/paciente uma atenção isenta de risco, prudente e segura, na conduta prescritiva/terapêutica, o enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares.”



Eixos Secundários

- Responsabilidade profissional
- Relação com demais componentes da equipe de saúde
- Receitas prescritas pelo telefone
- Receitas fornecidas para um longo período (doenças crônicas que demandem medicamento de uso contínuo)



Situação que poderá ser levantada

- ◆ E se o paciente tivesse morrido, de quem seria a responsabilidade?



Discussão

Por Sérgio Gomes de Souza

Os problemas éticos encontrados neste caso levantam questões relacionadas à função do médico (Código de Ética Médica) e do enfermeiro (Código de Ética do Enfermeiro), dentro do grupo do Programa de Saúde da Família (PSF, centralizado nos municípios), da Secretaria da Saúde, além da responsabilidade civil-criminal destes profissionais.

Na questão da função médica, temos que seguir o que o Código de Ética Médica determina: o profissional só pode medicar o paciente como parte do ato médico, isto é, depois de realizar anamnese, exame físico detalhado, diagnóstico e escolhas terapêuticas. Tudo para definir a melhor conduta e, conseqüentemente, a medicação necessária.

Seguindo este código, não se deve transferir a um profissional não-médico um ato médico, já que este não responde legalmente por tal ação.

Se ocorresse uma complicação, o colega citado no caso destacado estaria envolvido, ainda que “dividido” por conta de outro atendimento de emergência: a “consulta” promovida pelo enfermeiro ao paciente asmático crônico não era urgente, e poderia ser realizada posteriormente por quem de direito.

O fato de priorizar a emergência médica, em detrimento de outro paciente, apenas atenuaria a infração ética, não a revogaria.

Vale lembrar que é proibido ao médico prescrever à distância, mesmo se o remédio indicado seja de uso contínuo. Desta feita, estaria arriscado novamente a um processo disciplinar, com base no Código de Ética Médica.

Conforme já mencionamos, o paciente asmático crônico poderia ser atendido em outro horário pelo médico ou procurar uma Unidade Básica de Saúde (UBS), se fosse necessário, para obter os medicamentos em questão.

A atitude implementada pelo médico não justifica o risco que correu, nem mediante a doença aguda, nem crônica – apesar de entendermos seus motivos, basicamente voltados a salvaguardar o melhor interesse do paciente, evitando sua ida a outra UBS.

Não podemos ainda nos esquecer do Art.18 do Código, ao falarmos da ação multidisciplinar de vários profissionais da área da saúde, característica do PSF: reza que “as relações do médico com os demais

profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente”.

O pessoal da enfermagem está autorizado a manter a medicação prescrita pelo profissional médico, não sendo de sua responsabilidade a elaboração de uma receita, seja de uso contínuo ou não. No caso em voga, o enfermeiro o fez por solicitação do médico, possivelmente não sendo responsabilizado civil ou criminalmente, caso ocorresse algum efeito adverso.

Nesta questão, poderiam surgir dúvidas ao analisarmos o teor do Programa Saúde da Família, da Secretaria da Saúde. Nele, constam como funções do enfermeiro “realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as Disposições Legais da profissão”.

Aqui, poderíamos inferir que não havia um protocolo específico e definido para esta patologia (asma crônica), apenas a manutenção das medicações em uso contínuo. Acreditamos que não podemos avaliar a situação como regra, visto que se trata de caso pontual.

Quanto o ponto de vista criminal e legal, concordamos que não houve “culpa” do enfermeiro, pois fez o que lhe foi pedido, na tentativa de ajudar o paciente. Não há sugestão de eventual finalidade “lucrativa” em sua ação, não se enquadrando, portanto, no sentido clássico de “exercício ilegal da Medicina”, o qual traria benefícios próprios ao transgressor.

Foi verificado que não aconteceu repercussão negativa ao paciente e, ao que parece, não havia outra finalidade, além de ajudá-lo. Porém, com objetivos didáticos é importante ressaltar as punições que poderiam ter acontecido contra o profissional médico, o verdadeiro responsável legal desta ação.

Resumindo, todas as ações dos profissionais envolvidos se justificam, exceto a do médico.

Para finalizar: no Cremesp e na Justiça, o colega foi ABSOLVIDO, pois se entendeu que não houve dolo na ação. Porém, é útil destacar que a questão é extremamente complicada, já que um risco sempre está embutido no ato de prescrever sem examinar.

Bibliografia

- Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 271, de 2002. Dispõe da ação da Enfermagem, quando praticada pelo Enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos. [on-line]. [Acessado em 16 abril 2008]. Disponível em: <http://www.coren-df.org.br/site/materias.asp?ArticlesID=797>
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 16 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impresao.php?id=2940
- Brasil. Constituição Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 1999
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília, DF; MS/FUNASA; 1994
- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde esclarece competências dos diversos profissionais que compõem o Saúde da Família. [on-line]. [Acessado em: 15 abril 2008]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=29736
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. [on-line]. [Acessado em 15 abril 2008]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atenaobasica.php>
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília, DF: MS; 1997
- Fuhrmann NL. Programa Saúde da Família: uma alternativa em saúde pública no município de Porto Alegre. Dissertação. Faculdade de Serviço Social. PUCRS, 1999.
- Fuhrmann NL. Programa Saúde da Família: viabilizando a saúde pública universalizada no Brasil. Revista Virtual Textos & Contextos 2003 dez; (2). [on-line]. [Acessado em: 15 abril 2008]. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/966/746>
- Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001. [on-line]. [Acessado em: 15 abril 2008]. Disponível em: http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5Cguia_psf1.pdf e http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5Cguia_psf2.pdf
- VASCONCELOS, Eymar Mourão. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec, 1999.
-

CASO 24

Publicidade



Resumo

Ao participar de congresso internacional, urologista fica convencido da eficácia de um novo medicamento contra disfunção erétil, tornando-se o primeiro (e até então, o único) médico brasileiro a receitá-lo. Animados com o resultado, seus pacientes incentivam-no a participar de programa de televisão, com o objetivo de “ajudar outros homens”.



Exposição dos detalhes

Até comparecer a um congresso internacional, urologista adota como conduta receitar os medicamentos mais conhecidos à grande parte de seus pacientes com disfunção erétil – com exceção daqueles que apresentam condições que desaconselham o uso desses remédios.

Por isso, entusiasma-se ao tomar conhecimento de nova droga já aprovada e licenciada no exterior, capaz de atender a uma gama maior de doentes, por apresentar poucos efeitos adversos. Convicto dos benefícios, passa a recomendá-la em consultório particular – leia-se, entre os clientes com poder aquisitivo elevado e que podem importar o produto.

Animados pelo resultado, os pacientes apregoam entre seus conhecidos os resultados “milagrosos” obtidos pela prescrição do “seu” médico – até então, pioneiro do uso da droga no país.

Rapidamente as informações chegam aos meios de comunicação e o profissional é convidado a conceder entrevista em programa vespertino de

televisão que, entre um participante e outro, apresenta merchandising variado, inclusive de remédios e produtos da chamada medicina “alternativa”.

Preocupado com a associação de sua imagem a tal tipo de propaganda, o médico fica em dúvida entre aceitar ou não. Teme, ainda, eventual acusação de “concorrência desleal” por parte de colegas – já que ele é o único a empregar o novo medicamento e que, portanto, indiretamente estaria fazendo propaganda de si e de seu consultório.

Depois de refletir, cede aos argumentos de seus pacientes de que tal aparição, na verdade, serviria para “ajudar muitos homens, sem opção de tratamento”.

Eixo Central

Limites entre divulgação e autopromoção

Pergunta-base: Quando acaba a divulgação científica e começa a autopromoção?



Argumentos

■ Nenhum médico está proibido de expressar pontos de vista a jornalistas de veículos destinados à população em geral. Entretanto, todo o cuidado é necessário: a publicidade deve obedecer exclusivamente a princípios éticos de orientação educativa, não sendo comparável àquela correspondente a produtos e práticas meramente comerciais. E, em hipótese alguma, pode ferir as regras éticas de concorrência com seus pares.

■ O Art. 131 do Código de Ética Médica veda ao profissional “permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.”

■ Porém, analisando sob um ponto de vista mais abrangente, pode-se argumentar que o próprio Código recomenda ao médico que divulgue, ao máximo, informações que poderiam ser úteis aos pacientes. O Art. 5º, por exemplo, determina que “aprimore continuamente seus conhecimentos e use o melhor do progresso científico em benefício do paciente.”

■ A Resolução CFM 1.701/03 (critérios norteadores da propaganda em Medicina), em seu Art. 3º, item “c”, veda ao médico “participar de anúncios de empresas ou produtos ligados à Medicina”; item “h”, anunciar a utilização de técnicas exclusivas e item “j”, garantir, prometer ou insinuar bons resultados de tratamento”.

■ A mesma Resolução, Art. 9º, estabelece que “por ocasião das entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações ao público, o médico deve evitar sua autopromoção e sensacionalismo, preservando, sempre, o decoro da profissão”.

■ É entendida como “autopromoção” a utilização de entrevistas, informações ao público e publicações de artigos com forma e intenção de: angariar clientela; fazer concorrência desleal e pleitear exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos, entre outros pontos. Como “sensacionalismo”, comportamentos como utilizar a mídia para divulgar método e apresentar, em público, técnicas e métodos científicos que devem limitar-se ao ambiente médico.

■ A Lei Federal 9.294/96, que dispõe sobre restrições ao uso e propaganda de medicamentos, diz que “a propaganda de medicamentos e terapias de qualquer tipo ou espécie poderá ser feita em publicações especializadas dirigidas direta e especificamente a profissionais e instituições de saúde”.



Eixos Secundários

- Concorrência desleal
- Uso indevido da própria imagem
- Uso indevido da imagem da profissão médica
- Discriminação entre pacientes ricos e pacientes pobres
- Facilitação e/ou viabilização de importação de remédios
- Restrição à beneficência dos pacientes



Situação que poderá ser levantada

- ◆ Se optasse por não divulgar o remédio, o médico não estaria tirando de seus pacientes a possibilidade de um tratamento efetivo?



Discussão

Por Carlos Alberto Pessoa Rosa

O médico tem uma participação específica no pacto social, e os compromissos correspondentes, sejam afetivos, morais ou legais, fazem parte do exercício de cidadania. Portanto, o médico não deve, sob qualquer pretexto, colocar-se acima das regras que norteiam o exercício da profissão, como as emanadas pelos órgãos de classe, agências reguladoras de saúde, através de normas e leis, federais ou estaduais.

Devemos assinalar, entretanto, que a sociedade moderna, através dos meios de comunicação, vive um momento muito particular de egolatria, sendo prática comum, e cada vez mais freqüente, o culto ao corpo e à imagem. Liberar-se na direção do prazer é a máxima da relação social presente. Dentro dessa expectativa, a mídia passa, através de técnicas de propaganda, a ser um instrumento de divulgação que, se bem direcionado, terá um caráter educativo, mas também poderá criar expectativas desnecessárias nas pessoas.

Diante da pluralidade da vida social e fragmentação cultural, quando um segundo de divulgação da imagem transforma a vida de alguém, pode parecer sedutora ao profissional a idéia de abrir uma janela na mídia para se promover, rompendo com os limites éticos de atuação, correndo o risco de desrespeitar a discricção, a verdade e a privacidade de seus pacientes.

Devemos compreender que a sociedade não é estática, ao contrário, e que seu dinamismo exige atenção quanto às normas que devem, sob pena de ocorrerem defasagens entre norma e prática, ser atendidas e respeitadas – é o caso, por exemplo, do que ocorre com a internet, uma fonte global de informação, mas de regulação complexa.

Cabe ao médico ser cauteloso quanto aos limites, entender que comunicação é relação, desenvolvimento de interatividade entre seres humanos, e que somente devemos utilizá-la com intenção formativa, nunca mercadológica ou comercial, o que é tentador quando a relação emissor-receptor é de consumo.

A questão apresentada aponta, dentro de uma sociedade cada vez mais longeva, para os problemas relacionados com expectativas de uma

parcela da sociedade, fato discutido diariamente em todos os meios de comunicação, sendo a descoberta de um medicamento contra disfunção erétil uma forma de tratamento que vai ao encontro desse culto ao corpo e ao prazer. Com certeza, ao indicar um medicamento cujo resultado atende a necessidades sexuais, a informação cairá na boca do mundo.

Na relação ocorrida no consultório, no caso apresentado, médico e paciente compartilham de um novo medicamento, aprovado em outros países, mas ainda não pelas agências reguladoras e responsáveis pela comercialização no Brasil. Entretanto, a informação sai do privado e chega aos meios de comunicação. A ansiedade por melhores índices de audiência em programas dirigidos aos idosos e pela venda de revistas e jornais transforma o privado em público, o útil, em consumo.

O profissional, assediado pelos comunicadores, olha para o horizonte, vislumbra a possibilidade de sair de seu modesto consultório para uma clínica de tratamento de disfunção erétil em região mais nobre. Não só pagará com mais facilidade a escola dos filhos, como poderá dedicar mais tempo à família. A ninguém será proibido sonhar por uma vida de melhor qualidade, mas seria esse o caminho? E, ao pensar nisso, o sujeito passa a experimentar um inferno.

Diz a norma que ele deve levar a novidade aos pares por meio de artigos e participação em congressos, trabalhar junto aos órgãos competentes, no caso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (**Anvisa**), para que o medicamento seja aprovado e comercializado no país, que qualquer aparição pública deverá ser carregada de caráter educativo, devendo evitar expectativas desnecessárias na população. Sabe ser tênue essa fronteira. Mas como? – se pergunta.

O profissional recorre à Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame), mas a resposta não é direta e imediata, é aconselhado a ler resoluções e manifestações dos conselheiros em pedidos de consulta; no entanto, velocidade da vida é outra, diz a um colega, reclamando. Enquanto isso, continua o assédio, atende um apresentador famoso de televisão que tenta convencê-lo de que o Conselho caminha contra a história, que todo homem tem direito à liberdade de opinião e de expressão,

que ele estaria fazendo um bem à sociedade com a divulgação, acentuando que os dividendos seriam consequência de seu esforço em se manter atualizado, que o lucro fazia parte do jogo.

E o que fazer com o medo de responder a alguma sindicância em seu conselho de classe? Pensa no princípio da beneficência, seria cauteloso na divulgação, não criaria expectativas, evitaria a promoção pessoal, daria um caráter educativo à apresentação, não banalizaria, deixaria claro que o medicamento, apesar de comprovado seu efeito, ainda não havia sido aprovado para uso no Brasil. Assim, criaria condições para que a aprovação ocorresse mais rapidamente, ajudando muitos idosos impotentes.

Independentemente da decisão, a pergunta que sempre ficará é se realmente o profissional precisaria envolver-se fora de seu ambiente para divulgar um tratamento. Não seriam as possíveis justificativas apenas racionalizações para usufruir, através da exposição na mídia, dos dividendos comerciais?

Anexo ao Caso 24

Normas do Conselho Brasileiro de Auto-Regulamentação Publicitária (CONAR) sobre a participação de médicos em propaganda e publicidade:

1. A publicidade submetida a este texto não poderá anunciar:
 - a) a cura de doenças para as quais ainda não exista tratamento apropriado, de acordo com os conhecimentos científicos comprovados;
 - b) métodos de tratamentos e diagnósticos ainda não consagrados cientificamente;
 - c) especialidade ainda não admitida para o respectivo ensino profissional;
 - d) a oferta de diagnóstico e/ou tratamento à distância;
 - e) produtos protéticos que requeiram exames e diagnósticos de médicos especialistas.
2. A propaganda dos profissionais a que se refere este Anexo não pode anunciar:
 - a) o exercício de mais de duas especialidades;
 - b) atividades proibidas nos respectivos códigos de ética profissional.
3. A propaganda de serviços hospitalares e assemelhados deve, obrigatoriamente, mencionar a direção responsável.
4. A propaganda de tratamentos clínicos e cirúrgicos (p. ex. emagrecimento, plástica) será regida pelos seguintes princípios:
 - a) deve, antes de mais nada, estar de acordo com a disciplina dos órgãos de fiscalização profissional e governamentais competentes;
 - b) precisa mencionar a direção médica responsável;
 - c) deve dar uma descrição clara e adequada do caráter do tratamento;
 - d) não pode conter testemunhos prestados por leigos;
 - e) não pode conter promessa de cura ou de recompensa para aqueles que não obtiverem êxito com a utilização do tratamento.

Bibliografia

- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 15 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.701, de 25 de setembro de 2003. 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. [on-line]. [Acessado em: 15 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3136
- Brasil. Lei nº 9.294/96, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. [on-line]. [Acessado em: 19 abril 2008]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9294.htm>
- Camarim LN. Ética em publicidade médica. 2. ed. São Paulo, SP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2006. [on-line]. [Acessado em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/manual_do_Codame_2_Ed_Site.pdf]
- Engelhardt Jr HT. Fundamentos da bioética. São Paulo, SP: Loyola; 1998. Cap. 3: Os princípios da bioética, p. 131-168
- Televisão. Revista USP/Coordenadoria de Comunicação Social – Universidade São Paulo 2004 mar./abr./maio
-

CASO 25

Sigilo a Adolescentes



Resumo

Garota de 15 anos de idade procura serviço especializado em pessoas de sua faixa etária. Afirma querer iniciar atividade sexual e pede prescrição de pílula anticoncepcional. Não quer, em hipótese alguma, que seus pais saibam.



Exposição dos detalhes

Adolescente de 15 anos de idade procura serviço especializado em pessoas de sua faixa etária, determinada a iniciar atividade sexual com o namorado de 18 – o primeiro rapaz com quem se relaciona afetivamente.

Apesar de classificar-se como “um pouco desinformada e distraída”, garante ao médico e à psicóloga do serviço que é segura o suficiente para tomar suas próprias resoluções e que, no momento, seu desejo é obter a prescrição de pílulas anticoncepcionais.

Durante a consulta o médico busca, em vão, vincular os familiares da garota ao atendimento, aconselhando-a a informá-los sobre sua decisão. Em resposta, esta enfatiza que não quer “em hipótese alguma” que os pais fiquem sabendo que pretende iniciar uma vida sexual – já que eles são severos, conservadores, enfim, julga que não “iriam entender”.

Diz, inclusive, que optou por procurar serviço destinado a adolescentes em vez de consultar o médico que costuma atender sua família, pelo “receio de que os pais fossem informados sobre sua intenção de transar”.

Quando indagada pela equipe a respeito do que conhece sobre a vida íntima do namorado, explica: “jamais perguntou, por ter vergonha e, ao mesmo tempo, pelo medo de ser considerada inexperiente demais”, mas que “confia no rapaz, pois sabe que ele a ama”.

Este caso demonstra um aparente conflito entre a decisão do médico motivada “pelos melhores interesses do paciente” e a quebra do sigilo justificada pelo fato de, civilmente, a paciente ser considerada incapacitada para decidir.

O médico pode/deve prescrever anticoncepcionais, de acordo com o pedido da adolescente? Pode/deve comunicar aos pais o pedido de contracepção?

Eixo Central

Obrigação de confidencialidade a adolescentes

Pergunta-base: A autonomia do adolescente deve ser sempre respeitada?



Argumentos

■ De acordo com o Código de Ética Médica, artigo 103, é vedado ao médico “revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente”.

■ Segundo recomendações para o atendimento do adolescente do Departamento de Bioética e de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo (vide anexo) “os pais ou responsáveis serão informados sobre o conteúdo das consultas como, por exemplo, nas questões relacionadas à sexualidade e prescrição de métodos contraceptivos, com o expresso consentimento do adolescente”.

■ No entanto, em situações consideradas de risco (como necessidade de intervenção cirúrgica), tornam-se necessários a participação e o consentimento dos pais.

■ Existem vários aspectos que poderiam ser interpretados à luz do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Entre eles: Art. 15. A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais. Art. 16. O direito à liberdade compreende o seguinte ponto, entre outros: VII – buscar refúgio, auxílio e orientação.

■ No entanto, de acordo com o Art. 98, as medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que seus direitos reconhecidos forem ameaçados ou violados, entre outros, III em razão de sua conduta.

Incapacidade civil

De acordo com o Capítulo 1, do novo Código Civil (Da Personalidade e da Capacidade):

Art. 3º – Os menores de dezesseis anos são classificados como “absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil”

Art 4º – Os maiores de dezesseis anos e menores de dezoito anos são considerados como “incapazes relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer”.

A incapacidade para os menores de 18 anos cessará, entre outras condições: pela concessão dos pais, ou de um deles na falta do outro, mediante instrumento público, independentemente de homologação judicial ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver dezesseis anos completos.



Eixos Secundários

- Limites da autonomia
- Limites do segredo médico
- Situações em que a quebra do sigilo é justificável, por mais “maduro” que o adolescente pareça (ex. aborto)
- Atitude paternalista do médico
- Recusa de paciente
- Inclusão do parceiro sexual adolescente no atendimento
- Eventuais diferenças de postura de médico da família/médico de serviço especializado em adolescentes



Situações que poderão ser levantadas

- ◆ A jovem que pretende usar pílula para evitar a gravidez não estaria arriscada a contrair doença sexualmente transmissível, já que seu pedido pode pressupor sexo sem preservativo?
 - ◆ Se a pílula falhar e ela engravidar. Como justificar aos pais haver sido o responsável pela prescrição de pílulas anticoncepcionais – “endossando”, de certa forma, o início da vida sexual da adolescente?
 - ◆ A decisão do médico, de qualquer forma, acarretaria em algum tipo de risco? Ou seja, prescrevendo a pílula ou não, poderia, eventualmente, infringir o Art. 29 do Código de Ética Médica?
 - ◆ Se foi o pai quem pagou a consulta, este teria o direito de saber de minúcias do atendimento à filha?



Discussão

Por Gabriel Oselka

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), adolescência compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069/90), é considerado adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade. Essa diferença é pouco relevante frente a todas as modificações biológicas, psicológicas e sociais que caracterizam esse período da vida.

Conforme estimativa da Organização das Nações Unidas (ONU), os adolescentes representam cerca de 25% da população mundial. No Brasil, segundo dados do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 1991, esse grupo corresponde a 21,84% da população do país, sendo que nos últimos 25 anos a distribuição de jovens nas regiões urbanas triplicou.

A maior vulnerabilidade desse grupo aos agravos, determinada pelo processo de crescimento e desenvolvimento, coloca-o na condição de presa fácil de risco, como gravidez precoce, muitas vezes indesejada, DST/AIDS, acidentes, diversos tipos de violência, maus-tratos, uso de drogas, evasão escolar etc. Quando somados esses fatores à importância demográfica que esse grupo representa, encontra-se plenamente justificada a necessidade de atenção integral à sua saúde, levando em consideração as peculiaridades específicas dessa faixa etária.

Características da Adolescência

As modificações biológicas que ocorrem durante a adolescência constituem a puberdade e englobam o estirão de crescimento, desenvolvimento das gônadas, com aparecimento dos caracteres sexuais secundários, estabelecimento da capacidade reprodutiva, mudanças na composição corporal e desenvolvimento de órgãos internos.

O desenvolvimento psicossocial caracteriza-se, nesse período da vida, pela busca da identidade adulta. Nesse processo, várias manifestações de conduta são freqüentemente identificadas, como a separação progressiva dos pais, a tendência a agrupar-se, a evolução manifesta de

sexualidade, a deslocação temporal (desorientação em relação ao tempo), tendência a intelectualizar e fantasiar, constantes flutuações de humor e do estado de ânimo, contradições sucessivas nas manifestações de conduta e atitude reivindicatória.

A consulta do adolescente

Frente a todas essas características, a consulta médica do adolescente reveste-se de maior complexidade, de forma que todos os profissionais de saúde. Especialmente os médicos que trabalham com esses jovens, acabam deparando-se, em algum momento, com circunstâncias resultantes do novo modelo de relação, no qual configuram-se novas perspectivas éticas.

A consulta é um momento privilegiado de relação humana e deve ser pautada em três aspectos primordiais: confiança, respeito e sigilo.

O primeiro aspecto a ser considerado na relação médico-paciente nessa faixa etária, que a diferencia da consulta da criança, é que o modelo até então estabelecido de contato entre o profissional e a mãe ou responsável passa a ser substituído pela relação direta médico-adolescente.

Essa mudança é importante por significar uma situação onde o adolescente deve ser encarado como um indivíduo capaz de exercitar progressivamente a sua responsabilidade quanto a sua saúde e cuidados com seu corpo.

Por outro lado, a família não deve ser excluída do processo. Entretanto, seu envolvimento não pode preponderar sobre a relação do médico com o adolescente. Assim, principalmente o primeiro atendimento deve ser realizado “em termos” diferentes, onde exista o momento de contato profissional com o familiar, prevalecendo porém o espaço médico-adolescente. Nessa oportunidade, os familiares são orientados quanto a questões como confidencialidade e sigilo médico e temas a serem abordados nas consultas, além da complementação dos dados de anamnese. A ausência do familiar não inviabiliza a consulta do adolescente, excetuando-se casos de portadores de distúrbios psiquiátricos ou outras deficiências graves.

Toda oportunidade de envolvimento do jovem com o serviço de saúde deve ser adequadamente aproveitada. Quando são estabelecidas normas rígidas, que dificultem ou impeçam o acesso deste indivíduo às instituições, pode ser perdida a ocasião de proporcionar orientação e ajuda nas questões referentes à saúde física, exercício sadio da sexualidade e prevenção dos mais diferentes agravos.

Também não deve ser esquecido que cada adolescente é único e que o respeito a essa individualidade deve permear a consulta. O profissional que se propõe a atender adolescentes não deve adotar posturas estereotipadas e/ou preconceituosas; seus valores devem ser exclusivamente relacionados à saúde e bem-estar do jovem.

Outro aspecto de extrema importância, considerando o adolescente como pessoa capaz, é garantir-lhe confidencialidade e privacidade, que caracterizam o sigilo médico.

Essa postura médica está respaldada no Art. 103 do Código de Ética Médica, que veda ao médico: “Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente”.

Segundo o Parecer 1734/87, do Cremesp, o médico deve guardar segredo profissional sobre todas as confidências que receber de seu paciente, mesmo que menor de idade.

De acordo com o mesmo parecer do Cremesp, a revelação do segredo médico somente deverá ocorrer quando o profissional: “entender que o menor não tenha capacidade para avaliar a extensão e a dimensão do seu problema ou de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo e entender que a não revelação possa acarretar danos ao paciente”.

No caso em discussão, o fato de a adolescente procurar aconselhamento médico já é um indício de decisão madura. É muito provável que, caso o médico se recuse a atendê-la sem a presença dos pais, isso não terá como consequência o não início da atividade sexual, mas, ao contrário, o seu início sem o devido e necessário aconselhamento.

O momento é adequado não apenas para a eventual prescrição de anticoncepção mas, também e principalmente, para o esclarecimento e instrução sobre os outros e relevantes aspectos da prática sexual segura e responsável, como, por exemplo, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Privacidade e Confidencialidade

É importante ter em mente que a privacidade e a confidencialidade favorecem a abordagem preventiva ligada ao exercício da sexualidade, ao uso de drogas, às doenças sexualmente transmissíveis e à denúncia de maus-tratos, abuso sexual, negligência e todas as formas de violência a que são submetidos os adolescentes. Eventuais denúncias jamais poderiam se efetivar na presença do agressor ou de pessoas coniventes com a agressão.

Anexo ao caso 25 Sigilo a Adolescentes

Recomendações para o Atendimento ao Adolescente, dos Departamentos de Bioética e de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo

- ✓ O médico deve reconhecer o adolescente como indivíduo progressivamente capaz e atendê-lo de forma diferenciada
- ✓ O médico deve respeitar a individualidade de cada adolescente, mantendo uma postura de acolhimento, centrada em valores de saúde e bem-estar do jovem
- ✓ O adolescente, desde que identificado como capaz de avaliar seu problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, tem o direito de ser atendido sem a presença dos pais ou responsáveis no ambiente da consulta, garantindo-se a confidencialidade e a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários. Dessa forma, o jovem tem o direito de fazer opções sobre procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou profiláticos, assumindo integralmente seu tratamento
- ✓ Os pais ou responsáveis somente serão informados sobre o conteúdo das consultas como, por exemplo, nas questões relacionadas à sexualidade e prescrição de métodos contraceptivos com o expresso consentimento do adolescente
- ✓ A participação da família no processo de atendimento do adolescente é altamente desejável. Os limites desse envolvimento devem ficar claros para a família e para o jovem. O adolescente deve ser incentivado a envolver a família no acompanhamento de seus problemas.
- ✓ A ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento médico do jovem, seja em consulta de matrícula ou nos retornos.
- ✓ Em situações consideradas de risco (por exemplo: gravidez, abuso de drogas, não adesão a tratamentos recomendados, doenças graves, risco à vida ou à saúde de terceiros) e frente à realização de procedimentos de maior complexidade (por exemplo, biópsias e intervenções cirúrgicas) torna-se necessária a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis.
- ✓ Em todas as situações em que se caracterizar a necessidade da quebra do sigilo médico, o adolescente deve ser informado, justificando-se os motivos para essa atitude.

Bibliografia

- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.426, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [on-line]. [Acessado em: 19 abril 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940
- Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. [on-line]. [Acessado em: 19 abril 2008]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm
- Fançoso L, Oselka GW. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. *Pediatra Atualize* 1999; 4:2-3
- Oselka G. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. [on-line]. [Acessado em: 19 abril 2008]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v7/atualizacao.htm>
- Saito MI, Leal MM, Silva LEV. A confidencialidade no atendimento à saúde de adolescentes: princípios éticos. *Pediatria (São Paulo)* 1999; 21:112-6.
- Saito MI, Leal MM. O exercício da sexualidade na adolescência: a contracepção em *Pediatria (São Paulo)* 2003; 25:36-42
-



CREMESP
Centro de Bioética

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
Rua Domingos de Morais, 1810 – Vila Mariana – São Paulo – SP
04010-200 – Tel.: (11) 5908-5647
www.bioetica.org.br